



benessere tecnologia società

Scienza in discussione?

Dalla controversia sui vaccini
all'emergenza Covid-19

a cura di Luigi Pellizzoni
e Rita Biancheri

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

collana benessere tecnologia società

Direzione scientifica: Antonio Maturò (Università di Bologna)

Lo sviluppo tecnologico appare oggi in accelerazione esponenziale, soprattutto grazie al digitale. Comunicazioni, pratiche sociali e culture si presentano come forme simboliche sempre più elusive, evanescenti e cangianti. L'ambito della salute è una delle dimensioni più investite dalle scoperte e dalle nuove applicazioni. Possiamo utilizzare lo smartphone per curarci, fare prevenzione, migliorarci. In generale, possiamo raccogliere big data su noi stessi. Ovviamente, anche le organizzazioni e le professioni si giovano delle nuove possibilità. Parallelamente, il discorso sulla salute si estende oltre la medicina e la malattia per abbracciare le dimensioni dello stare bene e della qualità della vita. In altri termini, accanto alla cura, prendono corpo interventi istituzionali, aziendali e di altre organizzazioni volti ad accrescere il benessere (well-being) delle persone e la loro felicità. Non va tuttavia dimenticato che il "soluzionismo tecnologico" non ha inciso molto sulle grandi e gravi disegualianze sociali e che i brami della rete hanno spesso alimentato aspettative irrealistiche. La stratificazione sociale condiziona ancora pesantemente i destini individuali.

In questo contesto, la Collana BTS – aperta anche a tematiche relative al welfare e al benessere sociale nella sua accezione più ampia – attraverso contributi sociologici rigorosi, ma scritti con uno stile divulgativo, vuole proporre modelli teorici, ricerche empiriche e strumenti operativi per analizzare e intervenire su questa mutevole realtà sociale.

Comitato Scientifico

Kristin Barker (University of New Mexico); Andrea Bassi (Università di Bologna); Jason Beckfield (Harvard University); Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari); Giovanni Boccia Artieri (Università di Urbino); Piet Bracke (Ghent University); Mario Cardano (Università di Torino); Giuseppina Cersosimo (Università di Salerno); Federico Chicchi (Università di Bologna); Costantino Cipolla (Università di Bologna); Dalton Conley (Princeton University); Cleto Corporanto (Università Magna Graecia di Catanzaro) Paola Di Nicola (Università di Verona); Maurizio Esposito (Università di Cassino); Anna Rosa Favretto (Università del Piemonte Orientale); Luca Fazzi (Università di Trento); Raffaella Ferrero Camoletto (Università di Torino); Guido Giarelli (Università Magna Graecia di Catanzaro); Guendalina Graffigna (Università Cattolica di Milano); David Lindstrom (Brown University); Massimiliano Magrini (United Ventures); Luca Mori (Università di Verona); Sigrun Olafsdottir (Boston University); Anna Olofsson (Mid Sweden University); Paltrinieri Roberta (Università di Bologna); Riccardo Prandini (Università di Bologna); Claudio Riva (Università di Padova); Domenico Secondulfo (Università di Verona); Mara Tognetti (Università Bicocca Milano); Stefano Tomelleri (Università di Bergamo); Assunta Viteritti (Università La Sapienza Roma).

Redazione

Linda Lombi (coordinamento) (Università Cattolica Milano); Alberto Ardissonne (Università di Bologna); Flavia Atzori (Università di Bologna); Emilio Geco (Università La Sapienza, Roma); Roberto Lusardi (Università di Bergamo); Giulia Mascagni (Università di Firenze); Veronica Moretti (Università di Bologna); Arianna Radin (Università di Bergamo); Alessandra Sannella (Università di Cassino).

I manoscritti proposti sono sottoposti a referaggio in doppio cieco.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Scienza in discussione?

Dalla controversia sui vaccini
all'emergenza Covid-19

a cura di Luigi Pellizzoni
e Rita Biancheri

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

Il volume è stato realizzato con il contributo dell'Università di Pisa, fondi di ricerca PRA 2018

Progetto grafico di copertina di Alessandro Petrini

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione , di <i>Luigi Pellizzoni e Rita Biancheri</i>	pag.	7
Vaccini, virus emergenti e incertezza: riflessioni sulla governance della salute globale , di <i>Sonia Paone</i>	»	15
Pseudoscienza, post-verità, governo del disordine. L'esitazione vaccinale nel XXI secolo , di <i>Luigi Pellizzoni</i>	»	31
Saperi esperti e opinione pubblica. Il ruolo del professionista sanitario nella costruzione sociale della risposta vaccinale , di <i>Rita Biancheri</i>	»	53
Identità, rappresentazioni e significati nella controversia vaccinale. Una ricerca <i>mixed-methods</i> , di <i>Irene Psaroudakis</i>	»	69
La rappresentazione dell'universo "no-vax" nella sfera pubblica digitale: una riflessione sul caso del vaccino anti COVID , di <i>Vincenzo Mele, Matteo De Toffoli, Luca Serafini ed Enrico Campo</i>	»	91
Scienza e <i>claims-making</i>: sull'esitazione vaccinale come "problema sociale" , di <i>Silvia Cervia</i>	»	115
La questione vaccinale in Italia. Evoluzioni normative e rilievi socio-giuridici , di <i>Chiara Magneschi</i>	»	151

Il ruolo della formazione universitaria nella questione vaccinale. Un'indagine nei Corsi di Laurea di Medicina e Infermieristica , di <i>Rita Biancheri e Irene Psaurodakis</i>	pag.	177
Notizie sugli autori	»	217

Introduzione

di Luigi Pellizzoni e Rita Biancheri

Quella sui vaccini è, tra le controversie sull'uso sociale della scienza, una delle più antiche e accese. È bene ribadire il punto: non si tratta di una controversia *scientifica* in senso stretto; una controversia, cioè, che vede contrapporsi posizioni scientifiche differenti su questioni attinenti allo statuto di verità di determinate affermazioni teoriche o empiriche. Si tratta, invece, di una controversia sull'*impiego* del sapere scientifico e delle sue applicazioni tecniche per affrontare questioni di rilevanza sociale. Essa investe non la scienza in quanto tale, salvo forse posizioni estremamente minoritarie tese a sostenere la falsità di ogni affermazione scientifica sui vaccini, ma la scienza e la tecnica applicate alle politiche e alla regolazione della vita sociale: se, quando, come, in che misura i vaccini vadano prescritti, o imposti.

La diatriba, che in questi termini coinvolge non solo una parte della popolazione ma anche scienziati, si riaccende periodicamente, di solito in coincidenza con eventi di elevata presa sull'opinione pubblica: casi di morte o gravi patologie associati all'assunzione di vaccini; introduzione di obblighi vaccinali; epidemie. O un intreccio di queste ragioni. In Italia la diatriba è (ri)esplosa all'indomani dell'estensione dell'obbligo a 10 vaccini per i minori fino a 16 anni, introdotta dalla legge 119 del 2017. Mentre le polemiche al riguardo erano ancora molto accese è scoppiata l'emergenza pandemica Covid-19, cui è seguita la predisposizione di vaccini sperimentati in tempi record, a sua volta seguita da palpabili incertezze da parte delle autorità nazionali e internazionali sull'atteggiamento da assumere rispetto a eventi infausti associati alla somministrazione di alcuni di essi. Se e quale sarà l'impatto di questa vicenda sulla questione vaccinale nel suo insieme è impossibile dirlo in questo momento (primavera 2021). Tuttavia, la rinuncia, in Italia come altrove, a imporre l'obbligo vaccinale all'intera popolazione, nonostante le drammatiche conseguenze della pandemia, e l'esitazione a introdurlo anche solo per il personale sanitario (presso cui da sempre esiste una sia pur minoritaria resistenza alle vaccinazioni), sottende il riconoscimento dell'impatto potenzialmente negativo dell'obbligatorietà

sul successo della campagna vaccinale; il che, a sua volta, implica l'ammissione che il problema è tutt'altro che trascurabile, limitato a un'esigua minoranza di persone.

Ma qual è il problema? La semplificazione mediatica in termini di pro e anti-vax non aiuta la comprensione del fenomeno. Non a caso, la letteratura più avveduta preferisce da tempo parlare di “esitazione vaccinale”, riferendosi al ventaglio di posizioni che si producono attorno alla questione. Questione che, all'origine, muove dal carattere unico dei vaccini rispetto a ogni altro intervento sanitario sul corpo umano: il fatto che si interviene su individui sani e non malati. Ciò inevitabilmente amplifica la rilevanza di effetti imprevisti e indesiderati. Le motivazioni addotte da chi è contrario all'obbligatorietà oppure alle modalità di somministrazione dei vaccini sono tuttavia articolate su più piani, con argomentazioni che, al di là della loro validità scientifica, devono essere interpretate anche attraverso l'apporto di categorie provenienti dall'ambito sociologico ed essere indagate come fenomeno complesso che investe, tra le altre variabili, le modalità stesse di produzione della conoscenza e il rapporto tra stato, scienza e opinione pubblica. Si tratta insomma di provare a capire le radici teoriche e motivazionali delle posizioni dissenzienti, anziché pensare che campagne di educazione o strategie di persuasione possano da sole “risolvere il problema”. Quest'ultima, tuttavia, pare essere la convinzione prevalente presso politici, scienziati e media, i quali sottoscrivono in tal modo l'assioma, ampiamente falsificato sul piano empirico (Felt e Wynne, 2007), che la diffidenza verso l'uso sociale della scienza derivi semplicemente da un “deficit di comprensione” dei suoi benefici generali e indiscutibili (Royal Society, 1985).

La contrapposizione fittizia tra pro e contro le vaccinazioni non solo limita la capacità di indagare la questione dell'esitazione ma altera le condizioni per realizzare un'interazione efficace che si fondi sui presupposti di chiarezza cui la scienza, tirata da più parti, rischia di non rispondere. Va tenuto conto, infatti, che una diatriba sull'uso pubblico della scienza è una diatriba in cui gli scienziati appaiono nella veste di esperti, ossia persone competenti a fornire pareri su un problema concreto (Pellizzoni, 2011); figura cui è più agevole e frequente associare l'idea di posizioni di parte, a favore o contro determinati interessi, rispetto a quella dello scienziato, tradizionalmente vista come “disinteressata”. Anche se va detto che la crescente rilevanza economica della ricerca e l'esposizione mediatica di quest'ultima anche grazie a figure di scienziati capaci di colpire l'immaginario pubblico – esposizione non di rado espressamente perseguita per via dell'intreccio sempre più stretto tra finanziamenti e riconoscimenti da un lato e anticipazioni e aspettative tecno-scientifiche dall'altro – hanno negli anni recenti incrinato in qualche misura tale immagine (Bucchi, 2010). In ogni caso, se l'ambito naturale del confronto scientifico sulla produzione della conoscenza si sposta sul piano mediatico, esso non può

che produrre *infodemia*, cioè un disordine comunicativo che produce dissonanze sul piano cognitivo e comportamentale. È allora che l'informazione fornita dagli esperti sembra non essere sufficiente e le evidenze scientifiche non bastano a consentire una scelta ponderata e consapevole, diventando oggetto di strumentalizzazione politica ed enfattizzazione mediatica. In questo senso è condivisibile l'idea, ampiamente diffusa, che i social media agiscano da amplificatore di *fake news* e credenze infondate (Tipaldo, 2019), ma è riduttivo già a livello conoscitivo, per non dire di policy, pensare che il problema stia tutto lì e non nelle complesse relazioni che una penetrazione sempre più profonda della scienza e della tecnica nella vita delle persone, negli affari politici e negli interessi economici, istituiscono con l'opinione pubblica.

Emerge di conseguenza la necessità di un modo diverso di affrontare la questione, in termini non solo di informazione/comunicazione ma di crescita culturale. Si tratta di costruire una sinergia tra mondo della ricerca, imprese, terzo settore, operatori sanitari e cittadini, questi ultimi nella veste di individui e gruppi portatori di prospettive ed esigenze diverse. È il caso di chi, per esempio come genitore rispetto al figlio minore, si assume la responsabilità di scelte per qualcuno che non può decidere autonomamente, posto a confronto con chi invece tale decisione la assume per se stesso, in relazione alla propria salute o al senso di obbligo verso la collettività.

Il tema dei vaccini pone insomma una varietà di questioni, a cominciare dall'efficacia/efficienza del welfare sanitario, che si proiettano sulla credibilità delle istituzioni e la soddisfazione dell'utenza e le funzioni del medico, compresa – e in un ruolo tutt'altro che secondario – la relazione di fiducia con il paziente. La soluzione al problema dell'esitazione vaccinale, pertanto, non è semplice e non può essere solo legislativa, poiché non si tratta di contrapporre verità scientifica e false credenze ma di entrare nei meccanismi di produzione della conoscenza, dei metodi e dei finanziamenti della ricerca e, non ultimo, delle modalità di costruzione dell'opinione pubblica. Al riguardo è per esempio necessario analizzare come si passa dalla teoria scientifica, o pseudo-scientifica, alla rappresentazione sociale, il senso comune condiviso, tenendo conto che nel campo dell'uso sociale della scienza l'*esperienza* non è solo quella dell'*esperimento*, ma è anche quella acquisita nella vita quotidiana; gli *esempi* – come gli effetti collaterali gravi delle vaccinazioni, rari ma possibili – vissuti direttamente o appresi attraverso le reti di relazione individuali, i quali incidono sulla valutazione del rapporto costi/benefici implicita alla posizione assunta sui vaccini e tarata sul bilanciamento che ciascuno trova tra responsabilità individuale, cura per gli altri significativi e solidarietà sociale.

Per fare i conti con tutto ciò è necessario un confronto interdisciplinare, al momento carente. Si tratta di ricomporre un dibattito frammentato in una serie di prospettive, da quella epidemiologica a quella psicologica, da quel-

la istituzionale a quella comunicativa, al fine di costruire un quadro coerente e promuovere una riflessione collettiva senza pregiudiziali, in assenza della quale non è irragionevole attendersi una crescita di movimenti “anti-scientifici”, o forse è più corretto dire “scettici” rispetto all’uso pubblico della scienza; crescita tanto più probabile quanto più tale uso è destinato a intensificarsi nel prossimo futuro.

Il presente volume non pretende naturalmente di offrire un quadro esaustivo sulla tematica né di fornire risposte alla questione dello scetticismo tecno-scientifico, ma propone un contributo teorico ed empirico in certa misura inedito, anche per l’ampiezza e la varietà delle prospettive di analisi impiegate, e quindi spunti di riflessione non necessariamente disponibili nella pur copiosa letteratura fiorita recentemente attorno al tema dell’esitazione vaccinale. Il testo prende origine da una ricerca finanziata dall’Università di Pisa, avviata nel secondo semestre del 2018. Punto di partenza era l’insoddisfazione per l’approccio predominante a livello mediatico e presso una parte preponderante della letteratura scientifica e divulgativa, dove l’esitazione vaccinale è ridotta a questione di ignoranza scientifica e carenze comunicative. Senza trascurare temi certamente importanti come il ruolo dei media, si desiderava approfondire aspetti quali l’evoluzione dei legami fiduciari tra medico e paziente nel contesto delle trasformazioni istituzionali del sistema sanitario, e più in generale la rilevanza di una visione alternativa a quella del “deficit”, centrata sulla percezione pubblica della rilevanza della scienza e della tecnica, e dei differenziali di potere connessi, nella vita quotidiana delle persone (Irwin, 1995); visione da cui discende l’assunto che il modo più produttivo di affrontare lo scetticismo tecno-scientifico non sia la comunicazione intesa come strategie persuasive (eticamente discutibili) o programmi educativi (pur indispensabili), ma un dialogo aperto, diretto, continuo ed esteso a tutta la collettività (Felt e Wynne, 2007; Bucchi, 2008).

Partita dalla controversia scoppiata all’indomani dell’estensione dell’obbligo vaccinale, la ricerca si è trovata nel bel mezzo della crisi pandemica Covid-19. Questo ha da un lato limitato nell’estensione il programma di indagine empirica originariamente previsto, che ha comunque seguito un approccio *mixed-methods*, con interviste, focus group e questionari; dall’altro ha però consentito una riflessione più estesa e matura di quanto sarebbe probabilmente avvenuto in circostanze diverse, rafforzando la convinzione che problemi complessi non consentono soluzioni semplici, e che il tema dell’esitazione vaccinale va problematizzato in un modo che le predominanti chiavi di lettura oppostive si precludono fin dall’inizio.

Nel primo saggio, Sonia Paone ripercorre la storia della vaccinazione come terreno di politiche pubbliche, dapprima nazionali e in seguito di portata internazionale, o globale. Il focus è in particolare sul ruolo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), soprattutto nel periodo

più recente in cui l'obiettivo originario della "vaccinazione universale" si interseca con l'esplosione delle cosiddette "malattie infettive emergenti" nel contesto di elevata mobilità che caratterizza la globalizzazione. Ai programmi di contrasto a malattie infettive tradizionali come il vaiolo, la peste, la tubercolosi, si aggiunge una lista di patologie nuove, ciascuna con un suo profilo epidemiologico. In questo quadro, un aspetto importante è la salita alla ribalta, dalla metà degli anni '90 e in modo sempre più deciso, di un approccio diverso rispetto all'obiettivo dell'eradicazione delle malattie, in quanto basato sul riconoscimento della presenza ineliminabile di minacce potenziali e l'implementazione di sistemi di allerta precoce: la cosiddetta *preparedness*. Ciò, nota l'autrice, modifica il ruolo della vaccinazione, non più volta a fronteggiare malattie in un quadro sanitario chiaramente delineato, ma ad agire in ottica anticipatoria contro un nemico non del tutto caratterizzato, chiamando in causa specifiche categorie di soggetti, più esposti ai rischi o essenziali ai fini della continuità del sistema.

Il contributo successivo, di Luigi Pellizzoni, si sofferma sul significato dell'esitazione vaccinale nelle sue manifestazioni odierne; interrogativo reso più scottante dalla pandemia scoppiata nel 2020. Per fare luce sulle opacità del rapporto tra rischi (individuali) e benefici (individuali e collettivi) e tra individuo (autonomia decisionale) e comunità (obbligo sociale), il saggio esplora l'utilità analitica delle nozioni di "pseudoscienza" e "post-verità", evidenziando l'utilità ma anche i limiti di entrambe: la prima perché vincolata a una concezione astratta della scienza; la seconda perché non spiega il mutamento recente nel ruolo pubblico della scienza. Il concetto di "governo del disordine", sostiene l'autore, consente allora un passo avanti, in quanto permette di rendere conto della razionalità di governo impostasi negli ultimi decenni, centrata su una costante esortazione all'ottimizzazione e responsabilizzazione individuale in un contesto di incertezza insuperabile. Il disagio e il disorientamento per questa situazione produce un "panico morale" che a sua volta conduce all'esitazione vaccinale nelle sue varie sfumature, dai dubbi al rifiuto. Essa corrisponde a un segnale d'allarme sull'insostenibilità dell'ordine sociale vigente e del suo rapporto con il mondo biofisico.

A seguire, il saggio di Rita Biancheri prende in considerazione il ruolo dei professionisti sanitari nella formazione dell'opinione pubblica e, in particolare, le modalità di interazione con il paziente, collegandole alla formazione universitaria. L'autrice si chiede come in un contesto mutato del ruolo della scienza una comunicazione oppositiva non possa migliorare le conoscenze attraverso informazioni rigorose ma anzi può dar luogo a fenomeni ambivalenti riguardanti la correttezza delle diverse valutazioni, minandone la credibilità e lasciando spazio alle strumentalizzazioni ideologiche e politiche. Infatti, per arginare i presupposti pseudoscientifici e ideologici dell'opposizione vaccinale non basta liquidarli come false credenze

ma è necessario ricostruire un'interazione positiva tra chi cura e chi è curato, condividendo il valore di una maggiore efficacia dell'intervento terapeutico con un/a cittadina/o informato.

Vincenzo Mele, Matteo De Toffoli, Luca Serafini ed Enrico Campo analizzano dal canto loro le distorsioni della rappresentazione dell'universo "no-vax" nella sfera pubblica digitale, anche in riferimento alle posizioni espresse sui vaccini contro il Covid-19, mettendo in evidenza i limiti di una rappresentazione del fenomeno in termini di schieramenti opposti e cercando di comprendere i meccanismi attraverso i quali essa è costruita. Partendo da una rivisitazione del concetto di sfera pubblica, il saggio svolge un'analisi di materiali apparsi su testate online, evidenziando come alcuni meccanismi di costruzione mediatica delle notizie possano non solo distorcere le posizioni in campo ma talvolta costruire posizioni mai espresse, inferendole piuttosto che riportandole dalle fonti utilizzate. Per gli autori, questi meccanismi comunicativi, allo stesso tempo accelerativi e sintetici, fanno leva su emozioni forti e scoraggiano una lettura più approfondita, generando una "emozionalizzazione" della partecipazione alla discussione pubblica che si allontana dai presupposti originari di razionalità della sfera pubblica, aggravando l'incomunicabilità tra gruppi fortemente polarizzati.

Il capitolo di Silvia Cervia affronta il tema dell'esitazione vaccinale analizzando la costruzione simbolica che nel tempo si è andata sviluppando attraverso un processo di *claiming* in cui incide tanto la componente soggettiva, ovvero i suoi interpreti (*claims-makers*), che quella oggettiva, relativa alla retorica e al regime di verità da essi utilizzato. Centrale risulta il ruolo dell'OMS nella definizione del fenomeno come problema e nell'affermazione dell'idioma scientifico quale principale regime di verità. Una rassegna sistematica della produzione scientifica di riferimento rivela la stretta connessione tra evoluzione della riflessione e riconoscimento istituzionale, evidenziando le modalità argomentative attraverso le quali il fenomeno "esitazione vaccinale" ha acquisito statuto di problema sociale, orientando le politiche di contrasto. Emergono anche tracce di contro-narrazioni basate su *frames* differenti e *contro-claims* avversi al riduzionismo scientifico, capaci di metterne in discussione il regime di verità, aprendo la strada a forme di sfida e di controllo.

Il contributo di Irene Psaroudakis si focalizza sui risultati della fase non-standard della ricerca *mixed-methods* compiuta nell'ambito dello studio, collocandoli nel quadro del significato che gli attori sociali attribuiscono alla salute pubblica. Il focus è sulla costruzione dell'identità come pratica sociale e sulla propensione al vaccino come rituale sociale. Ciò permette di rendere conto dei processi di significazione legati al ventaglio identitario dell'esitazione vaccinale, ricostruendone le tipizzazioni e il vocabolario motivazionale che contribuisce alla definizione della scelta. Ne risulta il ruolo dei mezzi di comunicazione, del sistema sanitario, della relazione

medico-paziente, della percezione della responsabilità personale e collettiva e dei meccanismi decisionali nelle politiche sanitarie. Centrali sono i concetti di salute e benessere, ma anche la costituzione di identità consapevoli, capaci di discutere criticamente la propria posizione e il modo in cui il dibattito scientifico e culturale sul tema si svolge nel contesto della vita quotidiana. In tale cornice la pandemia Covid-19 evidenzia la necessità di una riconcettualizzazione delle pratiche simboliche e comunicative sulla sensibilizzazione vaccinale e più in generale sulle varie dimensioni della salute.

Il capitolo successivo, di Chiara Magneschi, affronta il tema dell'inquadramento normativo delle politiche vaccinali, con particolare riferimento all'obbligatorietà, che come abbiamo ricordato costituisce una delle fonti più importanti di controversia. Il saggio traccia dapprima un quadro normativo essenziale riferito all'ambito nazionale, soffermandosi sulle ragioni che militano a favore o contro l'obbligatorietà, per poi svolgere un'utile comparazione con un approccio decisamente diverso da quello italiano e di molti altri paesi quale quello della Spagna, ove non è previsto alcun obbligo vaccinale. Se ne deriva che, sia che si assuma l'obbligo vaccinale come dato di partenza (modello italiano) sia che lo si assuma come sostanziale punto di approdo (modello spagnolo), lo spazio per una flessibilità dell'obbligatorietà dei vaccini pare essere sempre configurabile. Le conclusioni propongono alcune linee di possibile sviluppo del diritto vigente, legate a prospettive etico-giuridiche e agli aspetti sociologici che caratterizzano il dibattito attuale sulla questione.

L'ultimo capitolo, di Rita Biancheri e Irene Psaroudakis, si occupa di un altro aspetto della ricerca empirica, basato su questionari strutturati somministrati in due versioni e tempistiche differenziate e volto a sondare la visione sull'esitazione vaccinale propria di un gruppo specifico ma di grande importanza quale gli studenti e le studentesse di medicina e infermieristica. Al fondo la domanda è, infatti, se l'attuale offerta didattica sia adeguata a un contesto come quello attuale, in cui il rapporto fiduciario tra professionista sanitario e cittadino appare sempre più cruciale ai fini dell'alleanza terapeutica indispensabile al successo delle politiche vaccinali. I risultati dell'indagine, per quanto basati su un campione non statisticamente rappresentativo, sono di notevole interesse, sia quando convergono su posizioni precise, sia nei casi in cui, viceversa, le opinioni si differenziano. Ciò che emerge, pur nella condivisione di alcune macro tendenze e di una cornice generale propria di tutta l'area sanitaria, rispecchia sia le peculiarità dei curricula formativi, sia lo scarto temporale tra le due fasi di ricerca dovuto alla diffusione del Covid-19, e quindi l'incidenza dell'esperienza pandemica nella costruzione di opinioni e valutazione di comportamenti. In generale, si evince la complessità del dibattito e l'esigenza di porre in maniera critica ed "esperta" una discussione sul binomio scienza-opinione pubblica, chiarendo anche il ruolo della comunicazione mediatica, che esuli da tipiz-

zazioni e da fenomeni di disinformazione. In tal senso, si riconosce la sempre maggiore importanza di una formazione che prepari i futuri professionisti alla dimensione relazionale dell'interazione con il paziente, oltre al consenso sugli aspetti tecnici-scientifici.

Dopo aver espresso gratitudine verso tutti coloro che hanno accettato di partecipare alla ricerca empirica, e per concludere questa presentazione, è opportuno ribadire come la questione vaccinale, nel suo riproporsi in condizioni storiche e sociali sempre diverse, rappresenti non solo un tema centrale per le politiche della salute, tanto più rilevante in un periodo di risorgenti e insorgenti minacce epidemiche e pandemiche, ma anche un *hot spot* per interrogare questioni di portata più ampia, quali l'uso sociale della scienza e della tecnica, il ruolo dell'expertise nelle politiche pubbliche, la costruzione della responsabilità nelle decisioni individuali e collettive, l'impatto dei social media nella sfera pubblica, i cambiamenti nel modo di concepire e affrontare le sfide che si profilano all'interfaccia tra mondo biofisico e mondo sociale, il rapporto tra conoscenza e incertezza. Il presente volume spera di offrire un contributo alla riflessione su questi temi cruciali.

Riferimenti bibliografici

- Bucchi M. (2008), *Dal deficit al dialogo, dal dialogo alla partecipazione – e poi? Modelli di interazione tra scienza e pubblico*, «Rassegna Italiana di Sociologia», XLIX, 3: 377-402.
- Bucchi, M. (2010), *Scienza e società*, Cortina, Milano.
- Felt U., Wynne B. (2007), *Taking Knowledge Society Seriously*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Irwin, A. (1995), *Citizen Science. A Study of People, Expertise and Sustainable Development*, London, Routledge.
- Pellizzoni, L. (2011), “La politica dei fatti”, in Pellizzoni, L. (a cura di), *Conflitti ambientali. Esperti, politica, istituzioni nelle controversie ecologiche*, il Mulino, Bologna, pp. 7-38.
- Royal Society (1985), *The Public Understanding of Science*, Royal Society, London.
- Tipaldo G. (2019), *La società della pseudoscienza*, il Mulino, Bologna.

Vaccini, virus emergenti e incertezza: riflessioni sulla governance della salute globale

di *Sonia Paone*

Introduzione

La storia della vaccinazione è fortemente intrecciata con il ruolo che gli stati hanno avuto nella promozione della salute pubblica. E non a caso le controversie attorno a questa importante pratica sanitaria si sono determinate nelle complesse relazioni fra stato, scienza e cittadini.

Con la costituzione nel 1948 della Organizzazione Mondiale della Sanità le politiche di vaccinazione assumono una dimensione internazionale visto lo specifico obiettivo di una azione sanitaria integrata a livello mondiale portato avanti dall'organizzazione.

La vaccinazione universale diviene cioè un asse del diritto alla salute e la copertura vaccinale una strategia adottata a livello mondiale per eradicare una serie di malattie endemiche in molti paesi. Negli ultimi decenni oltre a questo aspetto di universalismo una importante novità nel campo delle vaccinazioni è rappresentata dalle sfide poste dalle cosiddette *malattie infettive emergenti* e potenzialmente pandemiche in un contesto di aumentata mobilità e scambio come è quello disegnato dalla globalizzazione. Nel tentativo di contrasto delle malattie infettive emergenti le politiche della Organizzazione Mondiale della Sanità e anche quelle dei singoli stati hanno inserito la vaccinazione in una articolata strategia che non prevede più – come nel passato – di calcolare il rischio dell'esposizione ad una malattia su un territorio delimitato, ma di prepararsi a un'emergenza imprevista che si può verificare in qualsiasi parte del pianeta e che potenzialmente può avere effetti catastrofici a livello globale (Lakoff, 2017). In un'ottica di fronteggiamento di virus emergenti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ad inizio del nuovo millennio ha pertanto sviluppato un dispositivo di risposta globale di fronte ai rischi pandemici che è stato messo in atto per la prima volta in occasione della gestione della pandemia di influenza A(H1N1) nel 2009. Il piano di gestione di questa pandemia ha visto il passaggio da una logica di prevenzione a quella di preparazione ad eventi futuri (*preparedness*). Introducendo in questa complessa architettura la vaccinazione ha,

di fatto, riattualizzato vecchie controversie e delineato i contorni di un nuovo “soggetto vaccinale”.

Vaccini e salute pubblica

Buona parte della storia della vaccinazione e delle controversie da essa scaturite si colloca nel ruolo che gli stati nazione hanno avuto nella costruzione e promozione della salute pubblica.

Già a partire dalla fine del XVIII secolo i sovrani europei avevano guardato con favore alla possibilità di introdurre nei loro territori la inoculazione preventiva del vaiolo, che rappresentava una speranza per combattere una malattia per la quale non esisteva una cura, il cui decorso spesso era infausto e flagellava l'intera Europa. La variolizzazione era da secoli conosciuta nel Vicino Oriente e attestata in Cina anche dai resoconti dei grandi viaggiatori. Consisteva nella inoculazione di pus vaioloso con l'obiettivo di favorire una risposta immunitaria e contrastare il diffondersi della malattia (Williams, 2010). La variolizzazione fu utilizzata dapprima in Inghilterra dove già a partire dagli anni Quaranta del Settecento venne istituito un servizio pubblico di inoculazione obbligatorio e gratuito nell'Ospedale londinese di Foulding aprendo di fatto la strada alla nozione di salute pubblica. Dall'Inghilterra la pratica si diffuse negli altri stati europei (Darmon, 1986; Miller, 1957, Moulin 1996). Nel nostro paese alcune ondate endemiche di vaiolo negli anni Sessanta e Settanta del Settecento spinsero ad esempio il Granducato di Toscana, il Regno di Sardegna e lo stato veneto a sostenere la sperimentazione pubblica della variolizzazione introducendola negli ospedali per poveri, negli orfanotrofi e nelle case di correzione (Tognotti, 2020, p. 48). Trattandosi di un procedimento che prevedeva l'immissione in un corpo sano di una malattia, la variolizzazione suscitò tutta una serie di dispute anche a carattere filosofico-teologico: provocare la malattia in un corpo sano era considerato contrario al disegno della divina provvidenza. Ma i maggiori dubbi erano legati ai rischi, la inoculazione poteva provocare la morte del soggetto e favorire la propagazione della malattia, moltiplicando le fonti di contagio, visto che i soggetti inoculati non venivano posti in isolamento (Fadda, 1983). È tuttavia con la diffusione della vaccinazione jenneriana alla fine del Settecento che l'intervento dello stato si fa consistente (Assael, 1996; Pontecorvo, 1991). Il procedimento jenneriano ovvero la inoculazione di vaiolo vaccino al posto del pus umano aumenta considerevolmente la sicurezza e questo spinse alla diffusione e alla adozione della pratica. Con la vaccinazione jenneriana non cessano le posizioni contrarie che insistono sui rischi della procedura, sull'efficacia del trattamento e sui possibili danni alla salute provocati dalla inoculazione di una malattia. L'origine animale del medicamento fomenta inoltre argomenti come quello

della *minotaurizzazione* dell'uomo e anche il filosofo tedesco Kant si esprime contro quella che definiva *animalizzazione della umanità* (Moulin, 2007). Ma è l'obbligatorietà decisa da diversi stati, visti gli esiti positivi della vaccinazione jennneriana, a far nascere le prime organizzazioni e leghe che si battono contro di essa, rivendicando la libertà di scelta contro l'intrusione dello stato nell'ambito delle tradizionali libertà civili (Durbach, 2005). Ricordiamo ad esempio che nel 1853 in Gran Bretagna venne previsto l'obbligo della vaccinazione contro il vaiolo per tutti i bambini di 3 mesi, mentre in Italia l'obbligo vaccinale venne introdotto nel 1888, come evidenziato in questo volume (cfr. Magneschi).

A partire dai successi del vaccino jennneriano inizia una epoca in cui la pratica della vaccinazione diviene un dispositivo sanitario pubblico, obbligatorio e anche sostenuto economicamente dagli stati.

Nel 1883 Louis Pasteur, grazie ad una serie di finanziamenti che daranno vita all'Istituto Pasteur, sperimenta il vaccino contro la rabbia utilizzando per la prima volta batteri della malattia indeboliti in laboratorio. Gli anni fra le due guerre mondiali sono quelli della vaccinazione contro il tifo, la difterite e la tubercolosi. E la vaccinazione diventa progressivamente una bandiera degli stati per combattere e affrontare tutta una serie di malattie endemiche e gravi epidemie della età industriale. La diffusione della vaccinazione d'altro canto contribuisce a un boom demografico che non ha precedenti nella storia. L'adozione dei vaccini è parte integrante delle responsabilità dello stato che vigila sulla produzione, monitora l'applicazione, si assume la distribuzione gratuita e la responsabilità di incidenti ed effetti negativi in caso di obbligatorietà (Moulin, 2007).

L'epopea dei vaccini come politica di salute pubblica statale raggiunge il punto più alto con le campagne di vaccinazione contro la poliomielite. Nella prima metà del Novecento si registrarono una serie di drammatiche epidemie, sia nel contesto europeo che in quello nord-americano, di questa grave malattia che comportava deformazioni e anche paralisi nei bambini.

In Italia la malattia venne considerata un vero e proprio flagello sociale, in un contesto di crescita come era quello degli anni della ricostruzione post-bellica. L'opinione pubblica era suggestionata da cronache, foto, testimonianze anche di personaggi famosi che evidenziavano i danni permanenti di questa terribile malattia. Quasi contemporaneamente vennero messi a punto due vaccini da Jonas Edward Salk e da Albert Sabin. L'adesione alla profilassi decisa dallo stato fu generalizzata. Per la prima volta nella storia la vaccinazione fu percepita non come un dovere imposto dallo stato e una limitazione alla libertà di scelta, ma come un diritto, rivendicato nella stampa, nelle sedi parlamentari, nelle proteste di piazza. Nel 1957 ci furono addirittura una serie di proteste contro quello che veniva definito un privilegio di classe a causa della insufficienza delle forniture e del costo elevato del vaccino Salk (Tognotti, 2020, p. 179).

Dalla salute pubblica alla salute globale: la sfida delle malattie infettive emergenti

Parallelamente alla storia della vaccinazione nell'ambito delle politiche nazionali di salute si sviluppa anche una dimensione internazionale della promozione della salute pubblica. Già nel XIX secolo una serie di conferenze internazionali aveva stabilito l'adozione di regole comuni per contrastare la diffusione della peste e del colera. Successivamente la rivoluzione batteriologica accrebbe la collaborazione sanitaria internazionale. Si condividevano e si scambiavano cioè le nuove conoscenze sui meccanismi di trasmissione delle malattie infettive. In modo analogo, la nascente igiene pubblica assume progressivamente un carattere internazionale acquisendo un ideale di universalità e ponendosi importanti obiettivi umanitari (Fantini, 1993).

Ma, come abbiamo ricordato, con la costituzione della OMS si ha un importante cambio di passo. Precedentemente le convenzioni sanitarie internazionali si concentravano su specifici problemi presenti negli stati. L'OMS allarga il suo dominio alla promozione del benessere e si pone l'ambizioso obiettivo della creazione di un governo mondiale della salute.

Questo comporta un significativo mutamento nelle politiche vaccinali già a partire dalla seconda metà degli anni Sessanta. Per la prima volta nella storia di questa pratica la vaccinazione, e più nello specifico quella contro il vaiolo, non è più condotta a livello nazionale, ma a livello globale. Nel 1967 l'Organizzazione Mondiale della Sanità lancia il programma decennale di eradicazione del vaiolo intensificando la copertura soprattutto in quei paesi in cui la malattia era ancora endemica. Gli assi di questo programma erano molteplici: la sorveglianza, la ricerca dei casi, dei contatti, la comunicazione e la vaccinazione (WHO, 1968). L'ultima infezione di vaiolo viene registrata in Somalia nel 1977 e nel dicembre del 1980 i Membri della Commissione Mondiale per la eradicazione del vaiolo dichiarano la malattia sradicata dall'intero globo (WHO, 1980; Henderson, 2011).

Durante l'Assemblea Mondiale della Sanità del 1977 viene fissato l'obiettivo della vaccinazione universale dei bambini entro il 1990. E nel 1985 i paesi delle Nazioni Unite ribadiscono questo impegno incrementando ulteriormente il programma di vaccinazione estesa e promuovendo massicce campagne soprattutto nel contesto dei paesi in via di sviluppo. Ma l'impegno per la salute globale non è solo legato alla copertura vaccinale universale. Un punto di svolta si ha con la crescente attenzione posta negli ultimi decenni del Novecento sulle cosiddette *malattie infettive emergenti* (King, 2002). Negli anni Sessanta i successi ottenuti in Europa e negli Stati Uniti contro la poliomelite, il vaiolo e altre malattie tipiche dell'industrialismo avevano suscitato ottimismo rispetto alla possibilità di ridurre la mortalità dovuta alle malattie infettive. Ma nello stesso tempo si

verificarono alcuni gravi episodi che cominciarono a mettere in discussione molte certezze. Nel 1976 si registrò a Philadelphia una improvvisa epidemia di polmonite causata da un virus sconosciuto identificato con il nome di *Legionella pneumophila*. Due anni dopo nel Sudan e in Zaire si diffuse una febbre emorragica anche in questo caso sconosciuta e particolarmente letale, provocata da un virus denominato Ebola. Questi due episodi, pur nella loro gravità, non furono considerati allarmanti, visto che nel primo caso antibiotici comuni erano in grado di curare la malattia, e nel secondo la difficile modalità di trasmissione, che avveniva solo entrando in contatto con il sangue del soggetto infetto, riduceva la possibilità di contagio (Lancini e Chieco-Bianchi, 1998). Le cose cambiano a metà degli anni Ottanta con la comparsa di una nuova malattia virale, la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). È, infatti, con la diffusione di questa malattia che comincia a crescere la consapevolezza della pericolosità della comparsa di nuove malattie infettive per le quali potevano non essere disponibili cure con farmaci noti (Garrett, 1994). Negli stessi anni inizia a destare preoccupazione la riattivazione di epidemie e focolai di malattie causate da patogeni noti ma che a causa di alterazioni geniche si dimostravano resistenti alle tradizionali cure antibiotiche (Lancini e Chieco-Bianchi, 1998). In questo scenario di aumentata incertezza nel 1992 vede la luce il rapporto in cui per la prima volta compare l'espressione *malattie infettive emergenti*, che sarà alla base di una vera e propria nuova ideologia, portata avanti innanzitutto dagli Stati Uniti, e contribuirà al cambiamento delle strategie adottate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità per la promozione della salute pubblica e globale. Si tratta dell'ormai celebre lavoro *Emerging infections: Microbial Threats to Health in the United States* (1992). Il rapporto, partendo proprio dal caso dell'HIV, evidenziava i rischi connessi al potenziale pandemico negli anni a venire delle malattie infettive: «nel contesto delle malattie infettive non c'è nessuna parte al mondo da cui siamo lontani e disconnessi. Di conseguenza alcune malattie infettive che ora colpiscono le persone in altre parti del mondo rappresentano potenziali minacce per gli Stati Uniti a causa della interdipendenza globale, dei trasporti moderni, del commercio, dei cambiamenti dei modelli sociali e culturali» (Ledeborg, Shope, e Oaks 1992, p. V).

Il rapporto definiva le malattie emergenti come quelle patologie infettive la cui incidenza era aumentata negli ultimi decenni del Ventesimo secolo, sia in zone circoscritte che a livello globale (*ivi*, p. 34).

Ci si riferiva a malattie causate da un agente patogeno fino ad allora sconosciuto, a malattie dovute alla propagazione in nuove zone di patogeni già esistenti ma anche a malattie nate dalla introduzione nella specie umana di patogeni che precedentemente attaccavano altre specie animali. I fattori che favoriscono l'insorgere di queste malattie sono molteplici e riguardano l'ambito genetico e biologico, quello ambientale, ecologico, sociale, politi-

co ed economico (Ippolito, Girardi e Pulcianelli, 2010). L'evoluzione dei microbi ha ruolo di primo piano. I microorganismi patogeni, infatti, hanno un elevato potenziale evolutivo che gli permette anche di adattarsi a nuove specie e questo fa sì che possano prodursi virus che si presentano come del tutto nuovi per la specie umana e per i quali non esiste immunità neanche parziale. Si calcola che più della metà delle malattie emergenti è dovuta ad agenti patogeni che causano zoonosi, ovvero microrganismi che normalmente circolano tra gli animali iniziano ad attaccare anche gli esseri umani (*ibidem*). Sarà così per la comparsa nel 2002 della Sars e così è stato per la Sars-CoV-2. Un altro elemento importante da considerare rispetto alla trasmissione di malattie è la cosiddetta *coevoluzione*, ovvero l'immunità sviluppata da una popolazione presso la quale l'agente patogeno è presente da molto tempo. In questo caso il concetto di malattia emergente si riferisce alla comparsa di infezioni in popolazioni vergini rispetto all'esposizione a un determinato agente patogeno (*ibidem*). I fattori sopramenzionati hanno avuto un ruolo fondamentale nell'emergere di nuove infezioni nella storia della umanità. Il caso paradigmatico nella storia è l'introduzione del vaiolo nelle Americhe portato dai conquistadores che contribuì al genocidio delle popolazioni native (Crosby, 1997; Diamond, 1997). Ma negli ultimi decenni del Novecento e nel nuovo Millennio il peso di altri fattori è cresciuto in maniera esponenziale. Primo fra tutti la modificazione degli ecosistemi visto che la variazione ecologica aumenta la possibilità dei microrganismi di riprodursi e colonizzare nuove specie. I microrganismi hanno infatti la capacità di evolversi per adattarsi alle mutate condizioni ambientali ma questo significa anche lo sviluppo di nuove capacità patogene. Il cambiamento climatico è considerato la variazione ecologica più importante in questo senso, ma anche le attività come, ad esempio, la deforestazione favoriscono la diffusione di infezioni, come si è verificato in Venezuela dove la deforestazione ha favorito la moltiplicazione dei roditori serbatoi della infezione della febbre emorragica (Ippolito, Girardi e Pulcianelli, 2010).

Il quadro diventa più complesso, come evidenziato nel rapporto sopra citato, in un contesto di interdipendenza globale e di accresciuta mobilità.

Per affrontare i rischi connessi alle malattie infettive emergenti il rapporto raccomandava l'espansione e l'aumento del sostegno finanziario delle infrastrutture sanitarie pubbliche in quattro aree: la sorveglianza epidemiologica dei focolai di malattie infettive e della comparsa di forme di resistenza antimicrobica, la formazione della ricerca di base in biologia molecolare e virologia, lo sviluppo pubblico e privato di vaccini e farmaci nuovi, il rafforzamento e il coordinamento fra istituzioni sanitarie locali, nazionali e internazionali (Ledeberg, Skock e Oaks 1992, p. 34).

Di fronte alla possibilità sempre presente dell'emergere di nuove malattie infettive si evidenziava la necessità di monitoraggio e della implementazione di strategie per anticipare e caratterizzare nuovi agenti patogeni. Le

conoscenze biomediche dovevano cioè permettere di fare previsioni sulla comparsa di nuove malattie o la ricomparsa di malattie endemiche grazie ad una sorta di *previsione ecologica e tecnologica* che individuava i cambiamenti significativi nell'equilibrio fra le popolazioni umane e i loro agenti patogeni come conseguenza di importanti cambiamenti economici ed ecologici (Fantini, 1993, p. 456).

La governance della salute globale

Nel 1994 l'Organizzazione mondiale della sanità darà vita ad una nuova divisione dedicata alle malattie emergenti e riemergenti. Ai programmi di lotta e contrasto a malattie infettive tradizionali come il vaiolo, la peste, la tubercolosi viene aggiunta una categoria generale che contiene una lista non esaustiva di patologie nuove e del loro profilo epidemiologico (*ibidem*). In ossequio alle raccomandazioni del rapporto sopracitato, la logica della sorveglianza e del controllo sostituiscono quella precedente ovvero l'eradicazione della malattia. L'attenzione si sposta sulla minaccia futura e sulla implementazione di sistemi di allerta precoce. Per rafforzare la nuova divisione nel maggio del 1995 viene approvata una risoluzione dall'Assemblea Mondiale della Sanità in cui si ribadisce l'urgenza dell'allargamento delle sfere di cooperazione e della creazione di sistemi di allerta precoce per il contrasto alle malattie emergenti e riemergenti (WHO, 1995).

Il compimento di questo processo di revisione delle strategie dell'OMS si ha con l'approvazione nel 2005 del nuovo regolamento sanitario internazionale (WHO, 2005). Il precedente regolamento risaliva al 1969. Si trattava di un dispositivo per «la condivisione di informazioni epidemiologiche sulla trasmissione transfrontaliera delle malattie infettive». L'obiettivo era quello di garantire la sicurezza internazionale assicurando comunque «la minima interferenza con il commercio e i movimenti internazionali». In base al regolamento l'Assemblea Mondiale della Sanità aveva l'autorità di adottare «regolamenti concernenti richieste sanitarie e quarantenarie per evitare la diffusione internazionale delle malattie, disposizioni riguardo l'applicazione di misure preventive di sanità pubblica ai viaggiatori internazionali, ai mezzi di trasporto ed alle merci» (OMS, 2007, p. 15). Le misure preventive consistevano nella vaccinazione, nella disinfezione e nella applicazione di misure contumaciali nel caso di arrivo di mezzi con casi sospetti o confermati a bordo. Inoltre, il regolamento obbligava a notificare immediatamente alla OMS casi nell'uomo e fatti che indicavano la presenza di virus nei serbatoi/vettori delle malattie sottoposte al regolamento ovvero il colera, la peste e la febbre gialla (il vaiolo è eliminato dalla lista nel 1980 a seguito della dichiarazione di eradicazione). Sostanzialmente il re-

golamento del 1969 si poneva il fine di arrestare la diffusione delle malattie tramite misure di controllo istituite ai confini internazionali (OMS, 2007, p. 15). Il regolamento approvato nel 2005 invece stabilisce i contorni di un complesso quadro organizzativo per la notifica di rischi significativi sulla salute pubblica rispetto ad eventi che vengono identificati all'interno dei confini nazionali. Inoltre, esplicita le raccomandazioni di misure specifiche al fine di interrompere e/o prevenire la diffusione internazionale. Il vecchio regolamento prevedeva misure da adottare in punti di snodo della mobilità come porti e aeroporti con l'obiettivo di bloccare casi di importazione e stabiliva disposizioni per organizzare una risposta rapida laddove veniva rinvenuta la fonte del focolaio epidemico. Il nuovo regolamento invece fa riferimento ad una serie di capacità essenziali (*core capacities*) che tutti i paesi devono possedere al fine di individuare, valutare, notificare le emergenze, ovvero eventi straordinari che si potrebbero diffondere internazionalmente o che richiedono una risposta internazionale coordinata. L'obiettivo del regolamento è il controllo della diffusione internazionale di malattie lungo due assi. Il primo consiste nella realizzazione di un sistema di individuazione precoce (*early detection*) di eventi che possono costituire una minaccia per la sanità pubblica e la loro tempestiva identificazione grazie ad un efficace sistema nazionale di sorveglianza. Il secondo è l'organizzazione di una risposta efficace attraverso un coordinamento internazionale. In sostituzione della notifica delle malattie quarantenarie viene introdotto uno strumento di notifica per le emergenze di sanità pubblica internazionale nel quale sono identificati i criteri che possono guidare gli stati nella individuazione di eventi notificabili (OMS, 2007, pp. 27-28).

L'implementazione di sistemi di sorveglianza e allerta precoce non è solo funzionale ad una più efficace identificazione di nuove minacce ma è alla base di un fondamentale cambiamento nelle strategie della OMS ovvero la predisposizione di nuovi strumenti di pianificazione, che non seguono più una logica di prevenzione ma di preparazione ad eventi futuri (*preparedness*).

Andrew Lakoff ha evidenziato come la prevenzione e la *preparedness* rappresentino modalità diverse di immaginare e intervenire rispetto ad eventi pericolosi che sono collocati in una dimensione futura. Nel caso della prevenzione una minaccia può essere rilevata nel momento in cui un evento si verifica in maniera regolare e con una probabilità che può essere calcolata e soprattutto gestita attraverso la ripartizione del rischio.

Nel caso invece della *preparedness* la minaccia è rappresentata da un evento sconosciuto ma che nello stesso tempo è potenzialmente catastrofico e le cui conseguenze possono essere gestite con metodi che provano a immaginare quadri di futuro. Lo sviluppo di scenari e i sistemi di allerta precoce vengono importati nell'ambito della pianificazione sanitaria dal conte-

sto militare, in particolare da strumenti sviluppati negli Stati Uniti durante la guerra fredda.

La preparazione rinuncia ad un controllo predittivo e preventivo di una situazione e prepara strumenti per affrontare situazioni improvvise e non note (Lakoff, 2007, 8).

Per meglio specificare le differenze fra prevenzione e *preparedness* Lakoff ha costruito una griglia analitica a partire dalle diverse forme di sicurezza collettiva, ad una ognuna delle quali è associato un distintivo dovere politico e una peculiare razionalità normativa. L'idea di sicurezza dello stato sovrano risale al XVII e si riferisce all'insieme di azioni orientate alla difesa della sovranità nazionale contro nemici esterni che agiscono in ambito militare. Nel XIX secolo la sfida nuova è quella relativa alla sicurezza della popolazione. In questo caso l'intervento dello stato è la protezione a livello di territorio nazionale contro minacce interne che si verificano regolarmente come le malattie o gli incidenti sul lavoro. I saperi che sono chiamati in causa per garantire la sicurezza della popolazione sono la demografia e la epidemiologia, gli interventi sono quelli tipici dello stato sociale ed è in questo quadro che possiamo inserire la storia delle politiche di vaccinazione (Lakoff, 2007, p. 3). Ma accanto a queste forme tradizionali di sicurezza nel contesto delle preoccupazioni per le malattie emergenti, e il loro potenziale catastrofico, emerge un terzo framework quello della *sicurezza dei sistemi vitali*. In questo caso la sicurezza è orientata ad una minaccia che non può essere calcolata e l'oggetto di protezione cambia non essendo più il territorio nazionale o la popolazione ma i sistemi che sono alla base della vita sociale ed economica. A differenza del passato le conoscenze da mettere a sistema non sono più quelle che consentono di conoscere il nemico o di comprendere le cause di eventi che si presentano in maniera regolare. Per fronteggiare le malattie emergenti si rende necessario sviluppare tecniche di rappresentazione immaginativa per generare conoscenze sulla vulnerabilità del sistema. Gli interventi predisposti in questa logica mirano ad assicurare il funzionamento di questi sistemi (Lakoff, 2007, p. 4).

Pandemie e *preparedness*: i contorni di un nuovo soggetto vaccinale

In occasione della pandemia di influenza A(H1N1), nel 2009, per la prima volta nella storia della sanità pubblica le autorità sanitarie mettono in atto i meccanismi di gestione di una emergenza frutto della pianificazione basata sulla *preparedness*.

La genealogia della pianificazione anticipatoria in ambito sanitario si può ricondurre alla minaccia causata dalla comparsa ad Hong-Kong nel 1997 di un nuovo virus influenzale denominato H5N1. La preoccupazione per il potenziale pandemico di questo nuovo virus spinge l'OMS ad elabo-

rare nel 1999 un primo documento in cui: «L'organizzazione raccomanda fortemente a ciascun paese di creare dei Comitati nazionali di preparazione pandemica, incaricati di sviluppare strategie adeguate ai propri paesi in preparazione della *prossima pandemia*» (WHO, 2010, p. 2).

Ma è nel 2009 che viene testato il dispositivo di risposta globale così come emergeva dalla architettura complessiva disegnata dal nuovo regolamento sanitario internazionale. Nell'aprile del 2009 si registrò in Messico un primo caso di quella che sarebbe stata identificata dal Centro di controllo e prevenzione di Atlanta come una variante, di origine suina, del sottotipo H1N1 del virus influenzale di tipo A. Le indagini del centro specificavano che non si trattava di un virus trasmesso da animale, come nel caso dell'influenza H5N1, e che presentava caratteristiche tali per cui la gran parte della popolazione mondiale era suscettibile all'infezione. In pochi giorni i casi aumentarono in Messico e diversi casi furono registrati anche in California come si legge nel primo bollettino diramato della OMS su questo virus sconosciuto (Alfani e Melegaro, 2010). Nel giro di pochi giorni i casi della nuova influenza furono confermati in Canada e successivamente in Spagna e già il 27 aprile l'OMS dichiarò il livello 4 di allerta pandemica. La scala utilizzata nel sistema di allerta prevede 6 livelli nello sviluppo di una pandemia; il livello 4 è quello in cui si attesta che il virus si è evoluto in maniera da essere capace di provocare una pandemia, ma rimane ancora localizzato perché non si è completamente adattato alla specie umana. Ma solo due giorni dopo l'Oms ha innalzato il livello di allerta a 5 a causa di una prima morte registrata negli Stati Uniti e al riscontro di casi in altri sette paesi. Raggiunto il livello 5 la pandemia è considerata imminente e gli stati sono sollecitati a prendere contro-misure. Il livello massimo di allerta, il 6, fu dichiarato l'11 giugno (*ibidem*). Il livello 6 è quello in cui scatta l'attuazione dei piani pandemici nazionali predisposti in una logica di *preparedness*. La struttura della pianificazione pandemica ruota fondamentalmente attorno a due assi: una serie di azioni volte a garantire la continuità dei servizi pubblici essenziali e misure che concernono l'ambito sanitario. Nelle righe che seguono faremo riferimento al piano pandemico italiano predisposto in occasione della pandemia del 2009 per meglio esplicitare i contenuti della pianificazione. Al fine di garantire la continuità le aziende pubbliche erano chiamate a dotarsi di piani che assicurassero il regolare svolgimento delle operazioni in caso di carenza estrema di personale. La pianificazione in ambito sanitario invece prevedeva diverse azioni. Innanzitutto, il monitoraggio costante di tutti i casi accertati e dei focolai epidemici con l'obiettivo di individuare eventuali cambiamenti genetici e osservare i livelli di attività dell'infezione. A questo scopo venne rafforzata Influnet, la rete di sorveglianza della sindrome influenzale coordinata dal Ministero della Sanità (*ibidem*). L'altro ambito era quello della preparazione del sistema ospedaliero e dei medici di base, non solo per garantire la continuità

dei servizi ma anche per assicurare una rapida risposta in caso di improvvisa ed eccessiva domanda di assistenza. Una parte importante del piano si riferiva alla scorta di farmaci e di vaccini e infine il documento «Misure urgenti in materia di profilassi vaccinale dell'influenza pandemica A/H1N1» identificava le categorie a cui era diretta l'offerta di vaccinazione che non era obbligatoria. Nelle categorie erano innanzitutto presenti i soggetti ritenuti essenziali per il mantenimento della continuità assistenziale e lavorativa, poi le persone a rischio a causa di pregresse patologie (fra i 6 mesi e 65 anni), le donne dal secondo mese di gravidanza, i soggetti con una età compresa fra i 18 e i 27 anni (vista l'incidenza della malattia in questa fascia d'età); vennero successivamente aggiunte altre categorie che potevano accedere su richiesta alla vaccinazione (*ibidem*). L'adesione alla campagna vaccinale in Italia fu molto bassa: i dati che si riferiscono alla primavera del 2010 evidenziano come solo il 15% del personale sanitario e il 12% delle donne incinte e degli appartenenti a categorie a rischio tra i 6 mesi e i 65 anni d'età aderì alla campagna. L'estensione alla popolazione di giovani tra i 6 mesi e i 27 anni d'età diede risultati ancora peggiori visto che la percentuale si abbassò allo 0,2%. Dei quasi 21 milioni di persone che avrebbero potuto essere vaccinate, solo il 4% decise di farlo (*ibidem*).

I motivi del fallimento di questa campagna vaccinale, che non ebbe successo neanche in altri paesi europei come, ad esempio, la Francia e la Svizzera, sono molteplici. Innanzitutto, possiamo ritrovare elementi classici delle controversie sui vaccini che ritornano anche in questo caso attraverso la circolazione e diffusione di informazioni sulla pericolosità e sulla sicurezza del vaccino. La ciclicità dell'argomentazione appartiene alla storia della resistenza alla vaccinazione, con un meccanismo in cui le controversie del passato vengono chiamate in causa per rafforzare forme di opposizione. Nel caso specifico in ambito sanitario cominciarono a circolare notizie sulla presunta tossicità di un preparato presente nel vaccino che conteneva squalene e mercurio, sostanze ritenute dannose per il sistema immunitario. Inoltre, la rapidità con cui i vaccini erano stati prodotti lasciava dubbi sui test di controllo costruendo un argomento di opposizione per analogia richiamando alla memoria episodi gravi che si erano verificati in passato. In particolare, il riferimento era alla campagna vaccinale lanciata nel 1976 negli Stati Uniti per contrastare la diffusione di un ceppo di H1N1 isolato per la prima volta in una base militare nel New Jersey. Il vaccino, messo a punto in tempi rapidi per contrastare il diffondersi di questa forma di influenza ritenuta potenzialmente pandemica, provocò in 400 soggetti su 43 milioni di vaccinati una grave forma di paralisi conosciuta sindrome di Guillain-Barré (Neustadt e Feinberg, 1983). La diffusione anche grazie ad Internet di notizie sulla pericolosità dei preparati e sui possibili effetti sulla salute di vaccini immessi in maniera frettolosa come in occasione della campagna del 1976 ebbe un effetto importante sul mancato decollo della campagna di

vaccinazione. Rispetto alle controversie del passato, tuttavia, nel 2009 altri attori entrano in gioco e si aggiungono al tradizionale triangolo stato-scienza-cittadini, che, come abbiamo ricordato, è il quadro di riferimento fondamentale per comprendere le controversie storiche sui vaccini. Nella gestione della pandemia HN1N i nuovi attori coinvolti sono l'OMS e le case farmaceutiche. Ricordiamo infatti che dagli anni Sessanta si è assistito ad una concentrazione della produzione dei vaccini in un numero sempre più ristretto di imprese multinazionali che progressivamente hanno assunto un ruolo di primo piano nella promozione della salute globale. La sfiducia che ha minato il successo della campagna vaccinale del 2009 va letta anche tenendo conto dei dubbi sollevati sui presunti interessi economici della OMS nell'alzare il livello di allerta da 5 a 6 e sulle pressioni fatte agli stati per dotarsi di grandi scorte di vaccini favorendo enormi profitti per le case farmaceutiche. La diffidenza e lo scetticismo non hanno solo riguardato i dubbi sulla efficacia e pericolosità dei vaccini e sui potenziali conflitti di interesse fra OMS e multinazionali farmaceutiche. È stata la bontà della pianificazione per scenari ad essere messa in discussione, visto lo scarto fra gli annunci di una imminente apocalisse e la debole gravità della malattia. Molte sono state le critiche rivolte all'OMS sulla opportunità di alzare il livello di allerta a 6 in un momento in cui la severità della malattia non era stata accertata. Ma l'OMS in difesa del suo operato ha ribadito la logica della *preparedness*, ovvero una assenza di correlazione fra il livello di allerta e la severità patologica della malattia. Infatti, la mutabilità del virus lo rende imprevedibile e l'intensità della circolazione aumenta la possibilità di vedere apparire forme più contagiose e a questo scenario occorre prepararsi (Bourrier, BurtonJeangros e Bastide, 2014, pp. 5-6).

La dichiarazione di pandemia, in cui scattano le misure previste dalla pianificazione, è un mezzo per gestire l'incertezza indipendentemente dalla severità della minaccia. L'intervento precauzionale non consente di per sé una valutazione di proporzionalità e la sproporzione di mezzi è quindi giustificata da questo tentativo di controllo (Pellizzoni, 2020). Come ebbe a dichiarare la direttrice generale della OMS: «nel caso di urgenze di salute pubblica, le autorità sanitarie devono a volte prendere decisioni urgenti, spesso di vasta portata, in un clima di incertezza scientifica considerevole. È convinzione comune che è preferibile assistere ad una pandemia moderata con una offerta abbondante di vaccini che ad una pandemia grave con degli stock di vaccini insufficienti e pertanto è stimato che le misure prese contro il virus H1N1 erano giustificate» (Resolution 1749 Parliamentary Assembly, Concil of Europe, 2010, p. 9). Nell'incertezza generata dalla pianificazione basata sull'anticipazione emergono i contorni di un nuovo soggetto vaccinale. Infatti, come abbiamo ricordato, la preparazione prevede il ricorso a scorte di farmaci e vaccini, ma chiede anche di identificare i soggetti da vaccinare. In questa categorizzazione sono compresi i soggetti

ritenuti più a rischio rispetto al profilo conosciuto della pericolosità della malattia, ma anche i soggetti che negli scenari di anticipazione sono considerati essenziali per mantenere la continuità del sistema.

Nelle politiche di salute pubblica la vaccinazione è stata resa obbligatoria di volta in volta per fronteggiare malattie endemiche o epidemie improvvise in un *qui ed ora* chiaramente delineato. La vaccinazione in una logica di anticipazione spinge all'azione contro un nemico che non è ancora del tutto caratterizzato sotto il profilo epidemiologico e insiste su una *personal preparedness* chiamando poi alla responsabilità specifici soggetti in una situazione di profonda incertezza e in un contesto in cui la catastrofe viene richiamata se non addirittura presentata come imminente. I piani di pianificazione anticipatoria disegnano una nuova organizzazione sociale minima, funzionale al mantenimento del sistema. In questa architettura alcuni soggetti vengono collocati in zone di priorità e sono chiamati ad agire in prima linea, ma non con l'obiettivo di sconfiggere uno specifico nemico, bensì di mitigare una situazione senza averne il controllo rispetto alla evoluzione.

Considerazioni conclusive

Attraverso la ricostruzione del passaggio della logica della prevenzione a quella della *preparedness* nelle politiche di vaccinazione abbiamo voluto tracciare un quadro di riferimento a partire dal quale è possibile leggere e comprendere gli atteggiamenti di opposizione e le controversie attorno alle pratiche vaccinali nel contesto della promozione della salute globale e del contrasto alle malattie infettive emergenti. Alla tradizionale triade stato-cittadini-scienza si aggiungono nuovi attori – l'Organizzazione mondiale della Sanità e i colossi farmaceutici – la cui azione e il cui potere generano nuove dinamiche conflittuali. Nello stesso tempo abbiamo voluto evidenziare come la pianificazione anticipatoria investe i soggetti di responsabilità nuove in un contesto in cui la scelta diviene difficile vista l'incertezza dello scenario.

Successivamente al 2009 la logica della *preparedness* ha guidato le linee di azione nell'emergenza Ebola nel 2014 nell'Africa occidentale e nel 2018 nella Repubblica democratica del Congo. Ma è l'attuale gestione della pandemia di Sars Covid-19 il vero banco di prova della pianificazione anticipatoria. La severità della malattia ha fortemente modificato il quadro rispetto al 2009 incidendo positivamente sulla adesione alle campagne vaccinali, pur nella persistenza di forme di opposizione e di rifiuto che sarà interessante approfondire anche sulla scorta delle considerazioni qui presentate.

Riferimenti bibliografici

- Alfani G., Melegaro A. (2010), *Pandemie di Italia. Dalla peste nera all'influenza suina: l'impatto sulla società*, Egea, Milano.
- Assael B.M. (1996), *Il favoloso innesto. Storia sociale della vaccinazione*, Laterza, Bari.
- Bourrier M., Burton-Jeangros, Bastide L. (2014), *Sous surveillance: possibilités et limites du régime de la preparedness. Le cas de la pandémie A(H1N1)*, «Socio-anthropologie», 29:157-171.
- Crosby A.W. (1997), *Lo scambio colombiano. Conseguenze biologiche e culturali del 1492*, Einaudi, Torino.
- Concil of Europe Parliamentary Assembly (2010), *Resolution 1749. Handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed*.
- Darmon P. (1986), *La longue Traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*, Perrin, Paris.
- Diamond J. (1997), *Armi, acciaio e malattie. Breve storia del mondo negli ultimi tredicimila anni*, Einaudi, Torino.
- Durbach N. (2005), *Bodily Matters. The Antivaccination Movement in England 1853-1907*, Durham, Duke University Press.
- Fadda B. (1986), *L'innesto del vaiolo. Un dibattito scientifico e culturale nell'Italia del Settecento*, FrancoAngeli, Milano.
- Fantini B. (1993), *Les organisations sanitaires internationales face à l'émergence de maladies infectieuses nouvelles*, «History and Philosophy of the Life Sciences», 3: 435-457.
- Garrett L. (1994), *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*, Penguin Books, New York.
- Henderson D.A. (2011), *The eradication of smallpox. An overview of the past, present, and future*, «Vaccine», 29S:D7-D9.
- Ippolito G., Girardi E., Pulcianelli C. (2010), “Malattie infettive emergenti”, *Treccani XXI Secolo*.
- King N.B. (2002), *Security, Disease, Commerce. Ideologies of Postcolonial Global Health*, «Social Studies of Science», 32:763-789.
- Lakoff A. (2007), “From Population to Vital System: National Security and the Changing Object of Public Health”, *ARC Working Paper*, 7.
- Lakoff A. (2017), *Unprepared global health in a time of emergency*, University of California Press Oakland.
- Lancini G., Chicco-Bianchi L. (1998), “Malattie emergenti”, *Enciclopedia Treccani del Novecento. Il supplemento*.
- Ledeberg J. Shope R.E., Oaks S. (1992), *Emerging infections: Microbial Threats to Health in the United States*, National Academy Press, Institute of Medicine, Washington, D.C.
- Miller G. (1957), *The adoption of inoculation for smallpox in England and in France in the XVIIIth century*, Pennsylvania University Press, Philadelphia.
- Moulin A.M. (2007), *Les vaccins, l'état moderne, la société*, «Medicine/Sciences», 23: 428-434.
- Moulin A.M. (1996) (a cura di), *L'aventure de la vaccination*, Fayard, Paris.

- Neustadt R., Feinberg H.V. (1983), *The Epidemic that Never Was. Policymaking and the Swine Flu Scare*, Vintage Books, New York.
- Organizzazione mondiale della Sanità (2007), *Un futuro più sicuro per la salute mondiale del XXI secolo. Rapporto sulla salute del mondo 2007*, CIS, Milano.
- Pellizzoni L. (2020), “Virus e logiche di governo”, *Comune.info*, 10 novembre.
- Pontecorvo M. (1991), *Storia delle vaccinazioni dalle origini ai nostri giorni*, Ciba-Geigy, Milano.
- Tognotti E. (2020), *Vaccinare i bambini tra obbligo e persuasione: tre secoli di controversie*, FrancoAngeli, Milano.
- Williams G. (2010), *Angel of Death. The Story of Smallpox*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- World Health Assembly (1980), *Declaration of global eradication of smallpox*, 33.
- World Health Organisation (1968), *Smallpox eradication, World Health Organisation Technical Report*, 393.
- World Health Organization (2005), *International Health Regulations*.
- World Health Organization (2005), *Resolution WHA48.13. Communicable diseases prevention and control: new emerging and re-emerging infectious diseases*.
- World Health Organization (2010). *Influenza Pandemic Plan. The Role of WHO and Guidelines for National Regional Planning*.
- World Health Organization Global Alert Response (2009), *Influenza-like Illness in the United States and Mexico*.
- World Health Organization (2009), *Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document*.

Pseudoscienza, post-verità, governo del disordine. L'esitazione vaccinale nel XXI secolo

di *Luigi Pellizzoni*

Introduzione

I vaccini sono uno degli approcci più consolidati della medicina moderna, sia sul piano dell'efficacia che dell'istituzionalizzazione. Pochissimi sono coloro che ne negano l'utilità. È piuttosto il modo in cui essi sono applicati a essere contestato. L'opposizione o esitazione vaccinale è un fenomeno storicamente ricorrente. In questo contributo mi interrogo sul significato delle sue manifestazioni odierne; interrogativo reso più scottante dalla pandemia scoppiata nel 2020 e dalla messa a punto in tempi record di vaccini che, per essere efficaci, dovranno essere somministrati a una quota preponderante della popolazione mondiale.

Inizio esaminando le linee essenziali di ciò che la letteratura ha prodotto riguardo alle controversie sui vaccini. Ne emergono numerosi aspetti, riassumibili nel rapporto rischi (individuali)/benefici (individuali e collettivi) e la relazione tra individuo (autonomia decisionale) e comunità (obbligo sociale). I punti opachi dell'analisi mi spingono a esplorare l'utilità analitica di due nozioni: "pseudoscienza" e "post-verità". La prima mette in luce aspetti rilevanti della questione ma appare vincolata a una concezione astratta della scienza. La seconda nozione è di portata più ampia e mette in risalto il modo in cui il ruolo pubblico della scienza è andato mutando in anni recenti. Non spiega tuttavia perché tale fenomeno si sia prodotto. Propongo quindi il concetto di "governo del disordine" come modo per rendere conto della razionalità di governo impostasi negli ultimi decenni. Quest'ultima esprime una peculiare "problematizzazione" della realtà, di cui parte integrante è un regime del sé come continuo interpellato all'ottimizzazione e alla responsabilizzazione, in un contesto caratterizzato da insuperabile incertezza. Il disagio e il disorientamento per questa situazione produce un "panico morale" che a sua volta conduce all'esitazione vaccinale nelle varie sfumature, dai dubbi sulla sicurezza fino al rifiuto più radicale. L'esitazione vaccinale, in altri termini, esprime un segnale

d'allarme sull'insostenibilità dell'ordine sociale vigente e del suo rapporto con il mondo biofisico; segnale che andrebbe raccolto e approfondito.

La controversia sui vaccini

La controversia sulle vaccinazioni si riaccende periodicamente. Le sue origini si collocano a ridosso dell'invenzione stessa dei vaccini, da parte del medico britannico Edward Jenner, il quale mise a punto e sperimentò il vaccino contro il vaiolo a partire dal 1786. La pratica vaccinale si diffuse rapidamente nel Regno Unito e nel 1853 e 1867 furono promulgate leggi che la rendevano obbligatoria. Queste provocarono moti di opposizione, tra proteste e fioritura di associazioni e pubblicazioni avverse all'obbligo o alla vaccinazione in quanto tale. Nel 1898 una nuova legge ammise l'obiezione di coscienza. Fuori dal Regno Unito le cose andarono spesso in modo paragonabile. Famoso è il caso della Svezia, dove a un ampio rifiuto della vaccinazione contro il vaiolo fece seguito, nel 1874, un'epidemia, dopo la quale la vaccinazione tornò a generalizzarsi. Negli Stati Uniti, grazie a campagne vaccinali ampie e di successo la diffusione del vaiolo si ridusse notevolmente, ma crebbe contemporaneamente l'opposizione alle leggi sulle vaccinazioni.

Nel corso del XX secolo la polemica sui vaccini è andata scemando per riemergere negli ultimi decenni, quando riprendono vigore sia le proteste che l'associazionismo critico. Si assiste, come più di un secolo fa, a ondate che si sollevano in connessione a temi o eventi di ampia risonanza pubblica, tra cui l'introduzione o l'estensione degli obblighi vaccinali. Ad esempio, nel Regno Unito, il dibattito tra gli anni '70 e '80 si sviluppa intorno agli effetti limitati o avversi del vaccino per la pertosse. In Francia, alla fine degli anni '90, si scatena una polemica sul presunto legame tra vaccino anti-epatite B e sclerosi multipla. In Italia la diatriba si accende nel 1981 sull'onda del caso di due gemelli, l'uno morto e l'altro rimasto paraplegico in seguito alla vaccinazione antipolio Sabin, ricevuta nonostante l'esonero richiesto dai genitori dopo che anni prima un altro figlio era morto in modo analogo. Ancora in Francia, nel 2009, scoppia la controversia sul vaccino contro la pandemia scatenata dal virus H1N1, la cui introduzione viene ritenuta frettolosa e priva di reale necessità. Al traino di questa disputa la discussione si estende al tema degli adiuvanti chimici a base di alluminio, l'opportunità della vaccinazione contro il papilloma virus e la disponibilità di vaccini per le sole tre vaccinazioni obbligatorie previste in quel momento (difterite, tetano e polio). Il governo risponde all'escalation della protesta dapprima, nel 2016, tramite una "consultazione pubblica" sui vaccini il cui reale obiettivo sembra essere tenere fuori dal dibattito le posizioni più critiche (Ward, 2016); poi, nel 2018, tramite un'estensione dell'obbligo a 11

vaccinazioni, che scatena ulteriori controversie (Ward *et al.*, 2019). Un'intensificazione del conflitto dopo l'episodio della pandemia del 2009 si registra anche nel Regno Unito (Yaqub *et al.*, 2014). In Italia il tema vaccini torna alla ribalta con il varo della legge “Lorenzin” 119 del 31 luglio 2017 (cfr. Magneschi, questo volume) che introduce l'obbligatorietà di dieci vaccinazioni (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, *Haemophilus influenzae* tipo B, morbillo, rosolia, parotite, varicella) per i minori fino a 16 anni, con l'aggiunta della raccomandazione per altri quattro vaccini (meningococco B e C, pneumococco, *rotarivirus*).

Dagli studi emerge non solo la somiglianza tra le dinamiche di mobilitazione antiche e recenti, ma anche tra gli argomenti polemici messi in campo: sicurezza dei vaccini, loro effetto limitato, affronto alla libertà personale derivante dall'obbligatorietà, alleanza tra istituzioni ed establishment medico-farmaceutico per assicurarsi alti profitti a spese dell'interesse pubblico, declino spontaneo delle malattie. In tempi recenti assume salienza, quale soluzione putativamente preferibile ai vaccini, il riferimento ad approcci olistici basati su stili di vita “sani”, ambiente non inquinato e approcci medici “alternativi”, (Rogers *et al.*, 1995; Wolfe e Sharp, 2002; Wolfe, Sharp e Lipsky, 2002; Attwell *et al.*, 2018). Blume (2006) riassume i *concerns* rinvenibili nelle mobilitazioni odierne in due categorie principali: il rapporto rischi/benefici dei vaccini, che sottende la questione degli approcci alternativi, e i diritti e le responsabilità dei cittadini, che sottende il tema della fiducia verso le istituzioni.

Dagli studi si evincono altri aspetti. Uno è che le interpretazioni provenienti da istituzioni pubbliche e *mainstream* medico tendono a ridurre le mobilitazioni all'ignoranza, quindi al cosiddetto *deficit model* nella comprensione pubblica della scienza (Bucchi, 2008); ignoranza che renderebbe critici e oppositori incapaci di distinguere tra scienza e pseudoscienza (concetto che analizzo più sotto), tra informazione corretta e distorta, quest'ultima indebitamente amplificata dai media, soprattutto i social. Si rinuncia così, osservano vari studiosi, a capire le radici profonde e la complessità del fenomeno, pensando che per eliminare il “problema” siano sufficienti campagne di educazione o strategie di persuasione (Rogers *et al.*, 1995; Blume, 2006; Ward *et al.*, 2019). Campagne e strategie, tra l'altro, non facilitate da un'interazione tra medico e paziente o tra istituzione e cittadino divenuta sempre più asettica e frettolosa. La cosa è lamentata anche dai partecipanti al focus group svolto per questa ricerca, anche perché in contrasto con l'idea di consenso informato cui il discorso istituzionale fa spesso appello (cfr. Psaroudakis, questo volume). Il grosso degli studi sulle mobilitazioni si concentra poi sulle posizioni genitoriali, mentre esiste una varietà di attori, a cominciare da esponenti del settore medico stesso, che sin dall'inizio del dibattito hanno espresso posizioni di dissenso rispetto a

politiche vaccinali basate su obbligatorietà e standardizzazione dell'intervento (Gobo e Sena, 2019).

Svariati studi propongono un quadro descrittivo e interpretativo articolato (cfr. Cervia, questo volume), sostituendo spesso l'etichetta di "antivaccinismo" con quella di "esitazione vaccinale" (*vaccine hesitancy*), originariamente limitata ai medici dissenzienti rispetto alle policy istituzionali (Peretti-Watel *et al.*, 2015; Bedford *et al.*, 2018), e collegando l'esitazione, più che a un deficit cognitivo, a un calo della fiducia nei confronti delle istituzioni sanitarie (Yaqub *et al.*, 2014); calo secondo alcuni dovuto anche al fatto che «si è insistito troppo spesso sull'assenza di rischi per poi trovarsi di fronte alla materializzazione di pericoli potenziali» (Balinska, 2004, p. 1339). Analizzando la controversia francese sul vaccino contro la pandemia del 2009, Ward (2016) distingue forme di critica che, pur sollevando *concerns* simili, quali i dubbi sulla sicurezza di un prodotto sviluppato rapidamente e la modesta entità della minaccia, le inquadrano diversamente. C'è chi si oppone perché tout court contrario ai vaccini, ed è questo l'unico tema che lo porta a impegnarsi sulla ribalta pubblica. C'è chi lo fa nella cornice di una critica all'ordine sociale e ai valori dominanti, cui contrappone stili di vita "sani" e medicine alternative, oppure nel quadro di una visione cospirativa che vede nelle pandemie un'occasione che gli interessi organizzati sono pronti a sfruttare. C'è infine chi si oppone focalizzandosi su dubbi e obiezioni specifiche.

Rispetto all'attuale dibattito italiano, attraverso un'analisi del contenuto di varie fonti tratte dai media, Gobo e Sena (2019) giungono a identificare non meno di nove posizioni: dai totalmente favorevoli (gran parte degli attori istituzionali e degli scienziati) ai favorevoli con distinguo di vario genere (obbligatorietà solo dei vaccini per malattie contagiose, atteggiamento autoritario dello stato, conflitti di interesse nelle politiche vaccinali, reazioni avverse sottovalutate ecc.), a contrarietà centrate su specifici aspetti (inoculazioni polivalenti, età dei bambini da vaccinare, limitata efficacia, discutibilità dell'effetto immunità di gregge, uso errato dei vaccini, applicati non a scopo protettivo ma preventivo, funzione che si ritiene meglio assolta stimolando il sistema immunitario tramite allattamento al seno, alimentazione sana e ambiente salubre), fino a una minoranza composta da un lato da chi avversa l'approccio standardizzato anziché caso per caso alle vaccinazioni e dall'altro da chi è contrario tout court ai vaccini. Temi simili sono emersi anche nel focus group svolto nell'ambito della presente ricerca (cfr. Psaroudakis, questo volume).

Niente di nuovo?

Ci troviamo, come si vede, alle prese con un ventaglio di posizioni critiche delineatosi già agli albori della controversia. Ci si può chiedere, quindi, se nell'attuale diatriba sui vaccini vi sia alcunché di realmente nuovo. L'avvento dei social media costituisce senza dubbio una novità rispetto al passato, permettendo una diffusione di informazioni, contatti e discussioni precedentemente impensabile. Ma si tratta di un mero effetto di amplificazione sociale del rischio (Pidgeon, Kasperson e Slovic, 2003) oppure tale effetto si iscrive in mutamenti più profondi? La novità, più che nei temi in cui si articola l'esitazione vaccinale (usando d'ora in avanti l'espressione con riferimento all'intera gamma di posizioni critiche), potrebbe risiedere nel contesto, che ad essa fornirebbe significati almeno in parte inediti.

Una prima conferma della rilevanza del contesto viene da analisi effettuate su dati di *survey* su grandi campioni, quali in Europa gli Eurobarometri e negli Stati Uniti le General Social Survey. Esse suggeriscono che sull'atteggiamento negativo, di sfiducia e disagio, rispetto alla scienza, in particolare una scienza che imprime cambiamenti accelerati agli stili di vita, influiscono aspetti contestuali quali le reti di riferimento, il livello di integrazione sociale, le esperienze di vita quotidiana. Tali aspetti concorrerebbero a definire i contorni dell'antiscientismo (Gauchat, 2008), di cui l'antivaccinismo costituirebbe un esempio emblematico (Grignolio, 2017). Queste posizioni sarebbero a loro volta, in certa misura, collegabili all'ideologia politica, in particolare un populismo caratterizzato da chiusura cognitiva, dogmatismo, sfiducia istituzionale, complottismo, anti-elitismo (Mudde e Kaltawasser, 2017) e rappresentato pubblicamente dagli esponenti della nuova destra. Tale lettura è tuttavia messa in discussione da diversi elementi. Da un lato dagli studi non emerge un quadro coerente. Alcune ricerche (svolte soprattutto negli Stati Uniti) non trovano una relazione univoca tra consenso sulla scienza e collocazione politica, evidenziando la rilevanza della tematica in gioco. In particolare, gli elettori di destra sarebbero più critici verso il consenso scientifico sul cambiamento climatico mentre quelli di sinistra lo sarebbero verso il consenso scientifico sui vaccini (Kahan, 2013). Altri studi, tuttavia, non confermano tale bias (Kahan, 2014) o riscontrano un complessivo maggiore scetticismo verso la scienza negli elettori di destra (Hamilton, 2015). Tale scetticismo, peraltro, non pare collegabile direttamente a una chiusura cognitiva, dato che esso tende ad aumentare – e non a diminuire, come previsto dal *deficit model* – in base al livello culturale (Gauchat, 2012; Tipaldo, 2018). La connessione tra scetticismo scientifico e livello culturale trova conferma anche in studi nazionali sull'esitazione vaccinale, dove le posizioni politiche in qualche misura prevalenti sembrano comunque riferibili alla sinistra (Lello, 2020). Ne risulta, in ogni caso, messa in discussione l'idea, riconducibile alla vecchia (e am-

piamente criticata) “teoria dell’ago ipodermico” (cfr. p. es. Tessarolo, 2001), che i media di massa siano in grado di condizionare le persone, le quali si troverebbero inermi di fronte alla loro forza persuasiva.

Il quadro, dunque, è tutt’altro che nitido. Inoltre, come già notato, l’esitazione vaccinale risulta in certa misura collegata agli stili di vita, in particolare quelli attenti a salute, ambiente, forme di medicina alternativa e complementare (Attwell *et al.*, 2018; Wiley *et al.*, 2020). Anche se ciò riguarda solo una parte dell’attivismo, tali attenzioni sono riconducibili alla classica distinzione tra materialismo e post-materialismo (Inglehart, 1998). Quest’ultima, però, non è automaticamente sovrapponibile all’asse destra-sinistra; non lo è mai stata, tantomeno lo è ora che l’articolazione delle posizioni politiche appare sempre meno riconducibile a tale asse, almeno nella sua versione classica (Azmanova, 2010). Altro problema è che, se è vero che le persone più acculturate tendono a cercare più informazioni, anche in rete (in questo spinte forse anche dal sostegno pressoché incondizionato dei media tradizionali alle politiche vaccinali), e se è vero che in rete circola ogni genere di dati e affermazioni, queste persone dovrebbero essere però meglio equipaggiate a distinguere fonti e informazioni attendibili e inattendibili. Come nota Lello (2020), invocare il classico argomento psicologico secondo cui l’abbondanza informativa non porta necessariamente a scelte ottimali (cfr. p. es. Grignolio, 2016) non persuade, in quanto aggira il problema senza risolverlo. Esitazione vaccinale e acculturazione potrebbero invece essere collegate per il tramite della crescente responsabilizzazione per la scelta individuale (Navin, 2016; Attwell *et al.*, 2018, Lello, 2020), quale appare nei termini di una emergente “cittadinanza scientifica” (Blume, 2006) o “pluralismo medico” (Colombo e Rebughini, 2006).

Il nuovo regime del sé

Questo è un punto potenzialmente importante. Si tratta, però, di collocare la domanda di cittadinanza sanitaria sullo sfondo di una spinta complessiva dei processi di soggettivazione in direzione di autonomia e responsabilizzazione; spinta che prima di provenire *dagli* individui viene da decenni promossa *nei confronti* degli individui (Giddens, 1994; Rose, 1998). In questa prospettiva, l’esitazione vaccinale non sarebbe più (o sempre meno) riferibile, come per le mobilitazioni a cavallo tra XIX e XX secolo, a una cornice “liberale”: quella delle libertà negative, del diritto alla non interferenza dello stato nella vita del cittadino; l’assenza d’impedimento e costrizione; la possibilità di fare e di non fare (Bobbio, 1978). La logica della vaccinazione obbligatoria si è in effetti mostrata sin dall’inizio non facil-

mente armonizzabile con la logica dei diritti di difesa dal potere statale¹. Il tema del pluralismo o bricolage medico oltrepassa tuttavia la questione della comprimibilità dei diritti individuali, puntando l'indice sul regime del sé impostosi in maniera sempre più pervasiva negli ultimi decenni. Su tale regime si sono soffermati in particolare i *governmentality studies* (Barry, Osborne e Rose, 1996; Dean, 1999; Rose, 1998) sviluppatasi a partire dai lavori foucaultiani sulla razionalità di governo neoliberale (Foucault, 2005a; 2005b). Esso si è affermato attraverso lo smantellamento del welfare keynesiano, l'imposizione generalizzata della logica aziendalistica del *new public management* e una martellante politica culturale (Mirowski e Plehwe, 2009). Nicholas Rose (2007), in particolare, ha mostrato che tale regime si incentra su scelta, prudenza, responsabilità, sperimentazione, imprenditorialità, auto-valorizzazione e miglioramento, e trova espressione precipua in una "cittadinanza biologica" imperniata sulle nuove possibilità d'azione offerte dalle tecnologie e le relative nuove responsabilità, modulate da saperi ed expertise dedicate. Questo regime non si esplica, tuttavia, solo in campo sanitario, ma permea ogni ambito di vita. Esso è alla base di fenomeni quali il consumerismo politico (Micheletti e McFarland, 2011; Stolle e Micheletti, 2013) e le innumerevoli forme di attivazione incentrate su sorveglianza, veto e giudiziizzazione che Rosanvallon (2012) racchiude nella nozione di "controdemocrazia" o "democrazia della sfiducia", al tempo stesso esito e motore della deriva securitaria delle democrazie contemporanee (Brown, 2013, 2015)².

¹ Sia consentito qui un inciso. Il problema del rapporto tra tutela della salute e diritti individuali si è presentato con la massima drammaticità di fronte all'emergenza Covid-19. Autorevoli giuristi hanno argomentato la preminenza del diritto alla salute su ogni altro. La tesi regge certamente sul piano logico, in rapporto al singolo individuo: vivere è condizione per l'esercizio di ogni altro diritto. Le restrizioni si giustificano in virtù della necessità di promuovere una protezione reciproca, fondata sul principio che l'esercizio di un diritto non può avvenire a danno del medesimo esercizio da parte di altri. Tuttavia, nel momento in cui ci si sposta dal piano interpersonale a quello della comunità presa nel suo complesso, la preminenza del diritto alla salute solleva, a me pare, un problema, nella misura in cui essa conferisce allo stato italiano una connotazione marcatamente biopolitica, ove la conservazione della vita biologica si presume separabile e facente premio sull'espressione della vita in tutte le sue qualificazioni sociali, politiche e culturali (Agamben, 1995). L'indeterminatezza temporale dello stato di emergenza, l'osservazione che nuove o rinnovate epidemie sono andate intensificandosi negli ultimi decenni e l'opinione diffusa che la cosa è destinata a continuare (Lakoff, 2017) rendono la questione ancora più spinosa.

² La principale alternativa di policy alla ricetta del *deficit model* (educazione, persuasione) è il *public engagement*: il coinvolgimento dei cittadini in forme di dialogo e consultazione. L'esempio francese sopra ricordato mostra tuttavia che quest'ultimo è facilmente asservito a finalità di controllo della protesta, tramite accurata separazione tra cittadino "attivista" e cittadino "attivato" (Irwin, 2006). Molto di rado si è verificata una qualche sorta di "co-produzione" della conoscenza tra esperti e "profani", produttori e destinatari delle policy (Callon, 1999; Jasanoff, 2004; Funtowicz e Ravetz, 1993). L'esempio della ricerca sull'Aids (Epstein, 1996) è citato spesso proprio per la sua eccezionalità.

L'ipotesi è allora che l'odierna esitazione vaccinale sia la spia di un nuovo genere di attrito tra libertà individuale e obbligazione statale, tra interesse privato e bene pubblico. Nuovo perché non deriva più dalla difesa "liberale" delle garanzie del cittadino, ma dalla promozione "neoliberale" di un soggetto che costantemente si interroga e viene interpellato in merito alla propria ottimizzazione. L'obbligazione vaccinale si scontrerebbe così con soggettività sempre più sollecitate e impegnate nella ricerca di soluzioni *tailor made* ai problemi che si pongono nei diversi contesti esistenziali. La contraddizione originaria insita nell'obbligo vaccinale, tra determinismo e probabilità, disciplina e sicurezza, verrebbe insomma acuita dal corto circuito di una normatività (in senso morale ma anche giuridico) che chiede allo stesso tempo autonomia e eteronomia, responsabilizzazione e affidamento; corto circuito che trova la sua espressione più visibile nell'irrocervo del consenso informato a ciò che è a tutti gli effetti un obbligo legale.

Si tratta allora di riflettere su questa ipotesi e anche di chiedersi se il corto circuito segnalato sia fortuito o non rappresenti piuttosto esso stesso uno strumento di governo.

Esitazione vaccinale e pseudoscienza

Ricapitolando, nelle forme odierne di esitazione vaccinale non emergono temi davvero nuovi, dato che le questioni in campo hanno a che fare con il rapporto tra rischi e benefici e la loro distribuzione sociale e con quello tra diritti, obblighi e responsabilità individuali e collettive. Il dibattito verte in minima parte sui vaccini in quanto tali, focalizzandosi in misura precipua sulla loro applicazione, ossia sulle scelte di politica sanitaria. Inoltre non vi sono connessioni chiare con l'ideologia politica, ma piuttosto con il livello culturale, variabile che però agisce in senso opposto a quanto previsto dal *deficit model*. Tuttavia, l'esitazione vaccinale odierna si iscrive in un contesto caratterizzato dall'avvento di un regime del sé che prende le mosse ma differisce sostanzialmente dalla tradizione liberale in quanto incentrato, più che sulla protezione dall'ingerenza statale, sulla proattività dell'individuo. È in questa cornice che vale la pena considerare due prospettive interpretative che sono state evocate con riferimento alle controversie sui vaccini: "pseudoscienza" e "post-verità".

La prima, in particolare, ricorre con una certa frequenza. Esaminiamo in che modo è definita. Per il Vocabolario Treccani pseudoscienza è una "teoria, dottrina, corrente di pensiero e simile che pretende di essere riconosciuta come scienza, pur essendo priva di fondamenti scientifici: scopo dell'indagine epistemologica è stabilire i criteri di demarcazione tra scienza

e pseudoscienza”³. Secondo questa formulazione la pseudoscienza si definisce per come si distingue dalla scienza sul piano epistemologico. Vediamo un esempio.

Secondo il fisico e storico della scienza Marco Mazzeo, al nocciolo della distinzione tra scienza e pseudoscienza sta la distinzione tra *episteme* e *doxa*, sapere e opinione o credenza: il primo incontrovertibile, la seconda mutevole. Tuttavia ogni affermazione scientifica, essendo basata su un procedimento ipotetico-deduttivo, «quando nasce nella testa di chi la propone, è più simile a una *doxa*» (Mazzeo 2017, p. 44). La differenza tra scienza e pseudoscienza non sta allora in una distinzione rigida tra vero e falso ma nel modo di procedere della prima, volto a consentire la controllabilità delle affermazioni grazie a un disegno sperimentale appropriato e l’interpretazione dei risultati alla luce di un quadro teorico rigoroso. Ciò a sua volta genera tecnologie riproducibili. Inoltre il sapere scientifico evolve. Di fronte a fenomeni non spiegati in modo esauriente emergono nuove ipotesi iscritte in nuove teorie e richiedenti nuovi test, da cui discendono nuove tecnologie. Le pseudoscienze, invece, «non solo producono *doxa* ma non si danno protocolli chiari di tipo deduttivo, non evolvono nel tempo e soprattutto non producono *teknè* sviluppata dalla teoria e riproducibile», (*ivi*, p. 45). Esse si avvalgono di «osservazioni spesso soggettive» (*ibidem*) e propongono «concetti vaghi che non sono passibili di controllo sperimentale né di formulazione teorica» (*ivi*, p. 50). Esse inoltre tendono a conferire validità generale a osservazioni aneddotiche e a leggere le co-occorrenze dei fenomeni come relazioni causali. In definitiva, le pseudoscienze hanno un’origine «taumaturgica e mitologica», rispondendo a «tendenze ancestrali a fornire spiegazioni alla terribilità e ineluttabilità della natura» (*ivi*, p. 46) ma anche a un fenomeno prettamente moderno: il disagio per la tecnologia, l’artificiale, visto come forza negativa in opposizione alla natura «come sinonimo di buono» (*ivi*, p. 47).

In questa descrizione la distinzione tra scienza e pseudoscienza fa riferimento a una classica descrizione del metodo scientifico. Pur concordando con questo criterio di discriminazione, Giuseppe Tipaldo indaga la pseudoscienza anche come fenomeno sociologico. A suo giudizio essa si sviluppa all’incrocio del rapporto tra scienza, politica, media e società. Alimentata dall’enorme diffusione di *fake news* consentita dai nuovi media, essa si innesta sull’ambientalismo storico e l’opposizione Nimby (“non nel mio giardino”) incentrata su questioni “macro” come l’impatto di impianti e infrastrutture, volgendosi però in direzione “micro”: il corpo, la sicurezza personale, la difesa da minacce invisibili. Il Nimby diventa Nimbo (“non nel mio corpo”). Secondo Tipaldo quest’ultimo si caratterizza per un atteggiamento schizofrenico verso la scienza: diffidente di quella ufficiale ma

³ Cfr. <https://www.treccani.it/vocabolario/pseudoscienza/>.

attratto da teorie ed evidenze “alternative”⁴, inverificabili, basate sulla confusione tra causalità e co-occorrenza e rivelate da uno stile «quasi sempre retorico-persuasivo» che fa leva «su un registro quotidiano, con alcuni innesti di origine scientifica per dare solidità e verosimiglianza a contenuti altrimenti troppo semplicistici» (Tipaldo, 2019, p. 74). La novità della situazione odierna risiede quindi, per l’autore, da un lato nell’inedita cassa di risonanza offerta dai social media, dall’altro nella rilevanza della preoccupazione per il corpo e la sicurezza, da cui traspare una centratura narcisistica sul sé (ivi, p. 82 ss.). Sul primo punto, Tipaldo evidenzia alcuni meccanismi di amplificazione e diffusione di pseudoverità: dalla par condicio offerta ai sostenitori di tesi pseudoscientifiche alla sovraesposizione di esperti “mediagenici” pronti a parlare su qualunque tema, ammantando di autorità opinioni che non si basano su alcuna competenza specifica. Quanto al narcisismo, esso enfatizza la tendenza naturale a cercare prove compatibili con le nostre convinzioni; esigenza tanto più avvertita quanto più una società in rapida evoluzione priva il soggetto di riferimenti sicuri. Ciò, aggiungo io, potrebbe aiutare a spiegare l’influenza che le *fake news* sembrano esercitare sulle persone più educate, nella misura in cui l’istruzione convince di saper ragionare con la propria testa su ogni genere di questione (come avviene del resto con gli esperti “tuttofare”).

Dobbiamo chiederci, a questo punto, se la pseudoscienza, così come descritta qui sopra, offra una cornice interpretativa esauriente dell’esitazione vaccinale. Sarebbe perlomeno utile collegare la deriva narcisistica ipotizzata con il regime emergente del sé cui si è accennato, in quanto ciò consentirebbe di leggere nel focus sul corpo e la sicurezza non tanto un disturbo collettivo della personalità di origine imprecisata, quanto un effetto di pratiche di governo ampiamente analizzate. Vi sono inoltre aspetti dell’esitazione vaccinale che, *prima facie* almeno, difficilmente possono essere considerati irrazionali, sia presi singolarmente che nel loro collegamento: per esempio la possibile sottovalutazione degli effetti collaterali e il problema dell’assunzione di responsabilità per il loro dispiegarsi; oppure il sospetto di conflitti di interesse e la conseguente richiesta di studi indipendenti. La prima questione è fra l’altro implicitamente riconosciuta dalla non trascurabile quota di studenti di discipline mediche e infermieristiche intervistati nel corso della presente ricerca che ritiene meritevoli di considerazione le posizioni scientifiche contrarie all’obbligo vaccinale (cfr. Psaroudakis, questo volume). Quanto alla seconda, essa non è facilmente liquidabile, come si tenta sovente di fare, tramite l’accusa di complottismo e la presupposizione di una coincidenza tra interesse pubblico e privato nella ricerca, inclusa quella sulla sicurezza dei vaccini (tesi registrata anche nel

⁴ L’ambientalismo invece ha spesso cercato di legittimarsi attraverso la produzione di *sound science*, evidenze rigorose opposte alle affermazioni infondate degli avversari (Yearley, 1992).

corso di interviste a esperti effettuate nell'ambito del presente studio). Indagini statisticamente robuste evidenziano, infatti, *bias* sistematici a favore dei finanziatori privati nella valutazione dei risultati sperimentali (Angell, 2000; Sismondo, 2008). Cosa non scontata e meritevole di approfondimenti specifici, la questione dell'incidenza degli interessi economici sulla ricerca è considerata rilevante da una quota largamente preminente degli studenti intervistati nella presente indagine (cfr. Psaroudakis, questo volume).

C'è poi il problema della demarcazione tra scienza e pseudoscienza. Utilizzare la descrizione teorica del metodo scientifico non è probabilmente di grande aiuto. Rispetto a Popper già Kuhn offre del procedere della scienza un quadro più ricco e realistico, tramite il quale si può per esempio rendere conto delle critiche, provenienti da scienziati autorevoli (cfr. p. es. Gould e Lewontin, 1979), rivolte alle spiegazioni ad hoc di cui è costellato l'evoluzionismo darwiniano, teoria spesso presa a paradigma di scientificità in opposizione alla fallacia dell'ipotesi dell'*intelligent design*. Soprattutto, gli STS hanno offerto della scienza resoconti empirici assai distanti dagli ideali epistemici; resoconti rivelatisi preziosi per approfondire numerose controversie sull'uso pubblico della scienza, inclusa l'utilità, spesso tardivamente riconosciuta, delle evidenze aneddotiche di pazienti e "profani" in genere ai fini della comprensione e della gestione di problematiche complesse (cfr. p. es. Epstein 1996; Brown, 1997; Funtowicz e Ravetz, 1993; Irwin, 1995; Wynne, 1996).

Esitazione vaccinale e post-verità

C'è insomma ragione per non essere pienamente soddisfatti di come la nozione di pseudoscienza inquadra la questione della sfiducia istituzionale e dell'esitazione vaccinale. Vediamo ora la post-verità. Il concetto ha preso piede in anni recenti. L'*Oxford English Dictionary* ha proclamato la post-verità parola dell'anno nel 2016, asserendo che essa "riguarda o denota circostanze in cui i fatti oggettivi sono meno influenti nel plasmare l'opinione pubblica rispetto agli appelli all'emozione e al credo personale"⁵. Così descritta la post-verità sembra semplicemente un'espressione alternativa a pseudoscienza per riferirsi allo stesso fenomeno, ossia la confusione tra *doxa* e *episteme* e la conseguente preminenza di emozioni, pregiudizi e conferma narcisistica delle opinioni rispetto all'evidenza fattuale. Il concetto di post-verità è stato in effetti applicato in questo senso anche all'esitazione vaccinale. In un lavoro che propone ancora una volta il *deficit model*, la fallacia del ragionamento di senso comune e la forza persuasiva dei media, si sostiene per esempio che «i vaccini sono un caso esemplare per analizzare i

⁵ Cfr. <https://languages.oup.com/word-of-the-year/2016/>.

meccanismi della post-verità e i pregiudizi cognitivi (*bias*) ad esso sottesi» (Grignolio, 2017, p. 79).

Tuttavia, da un lato la post-verità sembra riferirsi a un fenomeno più ampio rispetto alla pseudoscienza, poiché il disinteresse per i fatti non riguarda necessariamente quelli scientifici ma qualunque genere di fatto, cosa di cui l'amministrazione Trump ha dato ampia prova⁶. Dall'altro l'emergere della post-verità indica un cambiamento di registro in quelle che Sheila Jasanoff (2005) definisce "epistemologie civiche", ossia la maniera in cui una collettività si aspetta che expertise, conoscenza e ragionamento siano prodotti, testati e applicati alla decisione; in altri termini, la maniera in cui la scienza è usata rispetto a questioni pubbliche, com'è appunto la controversia sui vaccini. È possibile cogliere tale cambiamento guardando al dibattito sviluppatosi negli STS attorno a cause e conseguenze della post-verità. Esso si è innestato su una diatriba originariamente focalizzata sulla coerenza epistemologica dell'impegno della sociologia della conoscenza scientifica (SSK) a studiare allo stesso modo affermazioni vere e false, empiricamente confermate o meno (il cosiddetto "principio di simmetria"), ma più recentemente spostatasi sulle implicazioni politiche della decostruzione dell'attività scientifica. Implicazioni che critiche (Sokal e Bricmont, 1998) e autocritiche (Latour, 2004) hanno rilevato essere ambivalenti, dato che decostruire l'autorità scientifica può giocare a sfavore degli interessi organizzati che vi si appoggiano ma anche ostacolare la possibilità, da parte di gruppi socialmente deboli, di contrastare tali interessi alla luce dell'evidenza.

Secondo il filosofo Lee McIntyre, la subordinazione della verità a punti di vista ideologici fino a negare fatti basilari e sfidare così «l'esistenza della realtà stessa» (McIntyre, 2018, p. 10) è stata resa possibile dalla delegittimazione dell'autorità scientifica attuata dagli STS, a sua volta espressione dell'assunzione postmodernista che tutto può essere trattato come testo, questione di interpretazione. Ciò cui oggi si assiste, a suo parere, è l'ascesa di un "postmodernismo di destra": forze reazionarie che hanno appreso dai postmodernisti come mettere in discussione fatti sgraditi⁷. Alcuni esponenti degli STS hanno ammesso in qualche modo la "colpa" (Collins, Evans e Weinel, 2017). La maggior parte l'ha invece rigettata con varie argomentazioni. Si è osservato, per esempio, che l'analisi dei meccanismi che presiedono alla costruzione dei fatti scientifici è proprio ciò che permette di distinguerli da altre pretese di verità o dall'affermazione che tutto è soggettivo (Lynch, 2017; Sismondo, 2017). È in questo senso, tra l'altro, che è sta-

⁶ È vero tuttavia che il ruolo assunto dall'expertise scientifica negli affari pubblici tende a dare spazi a resoconti tecnici a proposito di ogni genere di eventi e questioni.

⁷ Il caso del negazionismo climatico è il più evidente (Oreskes e Conway, 2011), ma le posizioni assunte da esponenti della nuova destra populista rispetto alla pandemia Covid-19 non lo sono da meno.

to possibile riconoscere il ruolo svolto in certi casi da evidenze aneddotiche ai fini dell'avanzamento della conoscenza. Si è anche notato che la post-verità è spia di una situazione di «panico morale sullo stato della conoscenza nella sfera pubblica» (Jasanoff e Simmet, 2017, p. 755), causata dal mancato riconoscimento che «i dibattiti sui fatti pubblici sono sempre anche dibattiti sui significati sociali» (*ivi*, p. 752) e che i giudizi di verità si inscrivono sempre in giudizi di valore. Eterodossa, ma interessante per il riconoscimento del ruolo governamentale del nuovo regime del sé, è la posizione di Steve Fuller. A suo giudizio gli STS sono effettivamente responsabili dell'avvento della post-verità, ma non devono affatto vergognarsene; devono anzi andarne fieri. La post-verità indica che la gente riconosce sempre più il ruolo cruciale della scienza nella propria vita, al punto da decidere di non affidarsi completamente alle élite esperte, facendosi carico della responsabilità per ciò che decide di credere e vivendo di conseguenza, «o morendo, a seconda dei casi» (Fuller 2018, p. 107). La scienza si starebbe quindi “personalizzando”, nel senso di interpretazioni e appropriazioni idiosincratriche basate sulla distinzione «tra ciò che uno “sa” (ossia ha appreso) e ciò che uno “crede” (ossia in base a cui agisce)» (*ivi*, p. 184). Il rapporto tra esperto e profano, in altre parole, assomiglierebbe sempre più a un contratto tra venditore e compratore, dove quest'ultimo può fare ciò che crede del prodotto acquistato.

La post-verità mostra insomma, secondo Fuller, che persone e gruppi esterni alle élite dominanti sono oggi in grado di mettere in discussione le regole del gioco, sfidando lo status quo che su di esse si fonda. Questa descrizione sembra attagliarsi, almeno in certa misura, all'esitazione vaccinale. La faccenda tuttavia è meno semplice rispetto all'idea di una ribellione delle masse contro l'élite. Ciò sia dal punto di vista formale (per i vaccini ci sono obblighi di legge, non relazioni di mercato) sia da quello sostanziale (nella controversia, come abbiamo visto, si evidenzia un attrito tra istanze opposte: autonomia e affidamento, responsabilizzazione individuale e solidarietà sociale). Inoltre non c'è ragione di pensare che, una volta che ci si sposta sul metalivello delle regole del gioco, il confronto avvenga ad armi pari. L'esempio della comunicazione sui social è emblematico (cfr. Mele et al, questo volume). Più l'individuo si fa abile nel decostruire i messaggi e più la loro produzione tiene conto di tale capacità di decostruzione. Più mi ritengo intelligente, capace di discernimento, più è facile che qualcuno riesca a mettere a frutto tale presunta capacità. È il problema sotteso al legame tra educazione, esposizione ai media ed esitazione vaccinale.

Il tema della post-verità pare insomma utile nella misura in cui, rispetto a quello della pseudoscienza, consente un allargamento di prospettiva. Da un lato il problema della verità non riguarda solo il ruolo pubblico della scienza (cosa che Foucault ha a suo tempo argomentato con dovizia di dettagli). Dall'altro è importante cogliere i cambiamenti cui tale ruolo è andato

incontro negli anni recenti. Tuttavia, sia le posizioni critiche (post-verità come degenerazione della razionalità pubblica) che quelle positive (post-verità come espressione di emancipazione delle masse dall'élite) semplificano un po' troppo la questione. Soprattutto, non rendono conto di come la post-verità abbia potuto instaurarsi; perché proprio ora. Sostenere che di questo siano responsabili gli STS, ossia un campo disciplinare variegato e tutt'altro che dominante già solo all'interno delle scienze sociali, è poco credibile e impedisce di affrontare il problema principale. Non basta, infatti, dire che il "postmodernismo di destra" si è appropriato del lessico decostruzionista delle scienze sociali per difendere determinati interessi. Occorre spiegare perché l'operazione ha avuto successo. Né basta dire che la post-verità esprime una situazione di panico morale rispetto alla conoscenza pubblica. Occorre spiegare da cosa tale situazione origina. Torniamo così alla questione della razionalità di governo dominante.

Esitazione vaccinale e governo del disordine

Una maniera per riflettere al riguardo è tramite la nozione di "problematizzazione", con la quale Foucault (1984) intende le condizioni culturali, economiche e politiche che rendono possibile, in un dato periodo storico, il sorgere di certe domande e la concepibilità di certe risposte. Una problematizzazione emerge non tanto attraverso cambiamenti repentini e traumatici ma mediante forme di potere, modi di ragionare e pratiche già in essere, che tuttavia si intensificano fino a mutare in qualcosa di qualitativamente diverso (Nealon, 2008). Il regime neoliberale del sé, come abbiamo visto, deriva da un'intensificazione del regime liberale dell'autonomia del cittadino rispetto allo Stato pur risultando profondamente differente, dato che le libertà individuali non hanno più tanto un valore difensivo quanto soprattutto proattivo, e si esplicano in un ambiente operativo disegnato al fine di orientarle nella direzione desiderata, come avviene con la precarizzazione del lavoro o gli accordi internazionali sul libero commercio, entrambi presuntivamente rivolti a promuovere la competitività. Cosa tutt'altro che secondaria, tale ambiente è caratterizzato da una trasformazione dell'ontologia del reale rispetto a quella naturalista di matrice Cartesiana nella cui cornice si è sviluppato il liberalismo. La razionalità di governo neoliberale si incentra sull'assunto dell'impossibilità di pianificazione e sull'incentivazione di competizione e imprenditorialità in vista di un ottimo sociale sancito a posteriori dai meccanismi di mercato (Dardot e Laval, 2019). Essa intrattiene una relazione di reciproca influenza con la contemporanea affermazione, in una varietà di ambiti scientifici (scienze della vita, fisica, chimica, geologia, scienze cognitive e computazionali), di una visione per la quale disordine, disequilibrio e imprevedibilità sono la norma,

mentre ordine, equilibrio e prevedibilità costituiscono l'eccezione (Cooper, 2008; Pellizzoni, 2016). Ne consegue un particolare rapporto tra attore e mondo (sociale e materiale, naturale e tecnico) di cui si trova espressione compiuta in «un'estesa e immensamente influente letteratura finanziaria e manageriale che inizia ad apparire negli anni '80» (O'Malley, 2004, p. 3). Si assume che l'attore trovi di fronte a sé un mondo caratterizzato da insuperabile incertezza, che tuttavia, invece di frenarlo e intimidirlo, appare schiudergli infinite possibilità, da sfruttare grazie a flessibilità, resilienza, adattamento, intuizione, regole empiriche, costruzione di scenari, capacità di pronta reazione alle sorprese, e così via (Walker e Cooper, 2011; Taleb, 2012). Contingenza e imprevedibilità, per il soggetto neoliberale, significano quindi assenza di limiti, mancanza di costrizioni. Incertezza, insicurezza e volatilità sono viste risiedere «al cuore di ciò che vi è di positivo e costruttivo» (O'Malley, 2010, p. 502). Più instabile è il mondo e più esso è agibile.

La problematizzazione che è andata imponendosi negli ultimi decenni considera insomma il disordine governabile, e che è anzi mediante il disordine che si governa (Pellizzoni, 2011). Governo del disordine significa plurivocità del reale, oscillazione ontologica da gestire opportunamente. Basta pensare agli Ogm, simultaneamente uguali (nessuna regolazione specifica è necessaria) e diversi (la protezione brevettuale, a un tempo sull'oggetto e sull'informazione che esso contiene, è giusta e opportuna) rispetto agli organismi "naturali" (Pellizzoni, 2020a). O ai "servizi ecosistemici", intesi come benefici che il mondo biofisico offre "spontaneamente": dalla fornitura di risorse alle funzioni regolative e di supporto come il sequestro del carbonio, la decomposizione dei rifiuti, la formazione del suolo, l'impollinazione delle colture (Millennium Ecosystem Assessment, 2005); un'offerta che avviene senza intervento umano, senza "lavoro", ma che ciononostante è merce, dal valore quantificabile grazie a opportune misurazioni (Robertson, 2012; Buscher, 2013). Si pensi ancora al Sars-CovV-2, la cui origine "naturale" o "artificiale" è probabilmente destinata a rimanere imprecisata. Non solo senza l'interazione tra agricoltura industriale e mondo circostante questa e altre zoonosi non si sarebbero prodotte, ma sono in corso da anni ricerche sul *gain of function*, volte cioè a esplorare tramite manipolazione genetica il potenziale di letalità di un virus (Lakoff, 2017). Ciò rende improbabile si possa mai ottenere una prova definitiva, universalmente accettata, dell'origine del Sars-CoV-2. La distinzione stessa tra naturale e artificiale tende in effetti a perdere di senso con il procedere delle manipolazioni genetiche (Thacker, 2007; Pellizzoni, 2020b).

La problematizzazione che rende plausibile e necessario il governo del disordine rende anche accettabile la narrativa dominante in risposta al disastro causato dalla pandemia Covid-19, secondo la quale, di fronte all'ineluttabilità delle forze economiche, le zoonosi sono inevitabili. Unico

possibile obiettivo sembra essere quello di farsi trovare “preparati” – alla sorpresa, dato che nessuno è in grado di prevedere né il quando, né il dove, né il come – restando fiduciosi nei confronti dell’escatologia tecnologica dei vaccini e delle terapie. La post-verità e la pseudoscienza come suo epifenomeno hanno dunque una genealogia tutt’altro che misteriosa. La famosa affermazione della collaboratrice di Trump Kellyanne Conway riguardo ai “fatti alternativi”⁸ va presa sul serio. Il governo del disordine si fonda su un’ontologia ben precisa, nel cui quadro la post-verità acquista senso quale dichiarazione della disponibilità del reale, nella sua trama costitutiva, ad adattarsi a programmi politici e imperativi economici.

Nella prospettiva del governo del disordine l’esitazione vaccinale trova evidentemente una collocazione diversa da quella assegnata in base alle nozioni di pseudoscienza e post-verità prese a sé stanti. Una collocazione a mio avviso promettente ai fini di programmi di ricerca che non intendano confermare un po’ stancamente dati acquisiti e discussioni assodate. Da un lato si determina un attrito di nuovo genere tra individuo e collettività, in quanto prodotto non dal classico contrasto liberale tra imposizione statale e libertà individuale ma da una duplice imposizione: quella diretta, basata sulla legge e avente come presupposto l’obbligo sociale, e quella indiretta, basata sulla costruzione dell’ambiente operativo dell’attore e avente per presupposto uno specifico regime del sé⁹. Dall’altro lato, tale attrito diviene funzionale anziché disfunzionale, in quanto consente di essere modulato a seconda delle circostanze: emergenze, indebolimento dell’immunità di gregge e così via.

Conclusione

Nel presente lavoro mi sono chiesto se le odierne manifestazioni di esitazione vaccinale, i cui temi sono largamente sovrapponibili a quelli emersi in stagioni precedenti, presentano elementi di novità. La risposta, come ho cercato di mostrare, sta nel contesto, e in particolare nella razionalità di governo vigente e nel regime del sé che ne costituisce parte integrante e indispensabile. Quest’ultimo conferisce all’esitazione vaccinale un senso che letture del fenomeno che non ne tengono conto non riescono a cogliere.

⁸ Cfr. “Conway: Press Secretary Gave ‘Alternative Facts’”, *Meet the Press*, 22 January 2017, disponibile al sito: www.nbcnews.com/meet-the-press/video/conway-press-secretary-gave-alternative-facts-860142147643 [accesso 16 Agosto 2019].

⁹ Tale regime del sé può ingenerare effetti contraddittori sulla vita di relazione. Come è emerso nel focus group, manifestare esitazione vaccinale può portare a costruire nuovi rapporti con persone che si trovano a condividere questa scelta ma può anche ingenerare rotture con persone che ritengono tale posizione inaccettabile.

Pensando ai vaccini per il Covid-19 e per pandemie trascorse e future, il conflitto tra obbligatorietà e logiche di mercato, accessibilità e assunzione dei rischi è destinato probabilmente a riprodursi, ma anche a rimodularsi a fronte di nuove recrudescenze, nuove minacce e nuove richieste di adattamento a un ineluttabile di cui ci si ostina a ignorare l'origine. La prospettiva del governo del disordine pone in luce che le dinamiche di attrito tra libertà individuale e obbligazione collettiva, rischio e opportunità, si inscrivono nel quadro di un'ontologia dell'incertezza in cui muta lo stesso significato pubblico del sapere scientifico, in quanto sempre meno rivolto all'illuminazione (sia pure sempre perfezionabile) dell'ordine sotteso all'apparenza fenomenica, e sempre più alla gestione dell'imprevedibilità e della contingenza.

Di fronte a ciò sta il cittadino, la cui *agency* si pretende in continua espansione ma la cui percezione soggettiva è spesso di segno opposto, non senza ragione. La problematizzazione in cui ci troviamo a vivere pone la necessità di una sperimentazione continua, il procedere per prova ed errore, la resilienza e la prontezza di reazione all'imprevedibile (Clark e Yusoff, 2017; Pellizzoni, 2020a, 2020b), tanto sul versante istituzionale, per il quale funge in buona sostanza da esonero da responsabilità, quanto su quello individuale, dove il carico di responsabilità può farsi intollerabile. È da questo che deriva il "panico morale" di cui parlano alcuni studiosi. È il senso di disagio e inaccettabilità nei confronti di questa situazione che l'esitazione vaccinale, nelle sue varie sfumature, esprime, lanciando un segnale d'allarme sull'insostenibilità dell'ordine sociale vigente e del suo rapporto con il mondo biofisico. Un segnale che dovrebbe essere colto e preso seriamente in esame, anziché respinto o ridicolizzato.

Riferimenti bibliografici

- Agamben G. (1995), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.
- Angell M. (2000), *Is academic medicine for sale?*, «New England Journal of Medicine», 342, 20: 1516-1518.
- Attwell K., Ward P.R., Meyer S.B., Rokkas P.J., Leask J. (2018), *Do-it-yourself: vaccine rejection and complementary and alternative medicine (CAM)*, «Social Science & Medicine», 196: 106-114.
- Azmanova A. (2010), *Capitalism reorganized: social justice after neo-liberalism*, «Constellations», 17, 3: 390-406.
- Balinska M.A. (2004), *What is vaccine advocacy? Proposal for a definition and action*, «Vaccine», 22: 1335-1342.
- Barry A., Osborne T., Rose N., eds. (1996), *Foucault and Political Reason*, UCL Press, London.

- Bedford H., Attwell K., Danchin M., Marshall H., Corben P., Leask J. (2018), *Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: The need for clarity in terminology*, «Vaccine», 36: 6556-6558.
- Blume S. (2006), *Anti-vaccination movements and their interpretations*, «Social Science & Medicine», 62: 628-642.
- Brown P. (1997), *Popular epidemiology revisited*, «Current Sociology», 45, 3: 137-156.
- Brown W. (2013), *Stati murati, sovranità in declino*, Laterza, Bari.
- Brown W. (2015), *Undoing the Demos: Neoliberalism's Stealth Revolution*, Zone Books, London.
- Bucchi M. (2008), *Dal deficit al dialogo, dal dialogo alla partecipazione – e poi? Modelli di interazione tra scienza e pubblico*, «Rassegna Italiana di Sociologia», XLIX, 3: 377-402.
- Buscher B. (2013), *Nature on the move I: the value and circulation of liquid nature and the emergence of fictitious conservation*, «New Proposals», 6, 1-2: 20-36.
- Callon M. (1999), *The role of lay people in the production and dissemination of scientific knowledge*, «Science Technology and Society», 4, 1: 81-94.
- Clark N., Yusoff K. (2017), *Geosocial formations and the Anthropocene*, «Theory, Culture & Society», 34, 2-3: 3-23.
- Collins H., Evans R., Weinel M. (2017), *STS as science or politics?*, «Social Studies of Science», 47, 4: 580-586.
- Colombo E., Rebughini P. (2006), *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carocci, Roma.
- Cooper M. (2008), *Life as surplus. Biotechnology & Capitalism in the Neoliberal Era*, University of Washington Press, Seattle.
- Dardot P., Laval C. (2019), *La nuova ragione del mondo. Critica della razionalità neoliberista*, Derive/Approdi, Roma.
- Dean M. (1999), *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*, Sage, London.
- Epstein S. (1996), *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*, University of California Press, Berkeley.
- Foucault M. (1984), “Polemics, politics and problematizations”, in Rabinow P. (ed.), *The Foucault Reader*, Pantheon, New York, pp. 381-390.
- Foucault M. (2005a), *Sicurezza, territorio, popolazione*, Feltrinelli, Milano.
- Foucault M. (2005b), *Nascita della biopolitica*, Milano, Feltrinelli.
- Fuller S. (2018), *Post-Truth. Knowledge as a Power Game*, Anthem, London.
- Funtowicz S., Ravetz J. (1993), *Science for the post-normal age*, «Futures», 25, 7: 739-755.
- Gauchat G. (2008), *A test of three theories of anti-science attitudes*, «Sociological Focus», 41, 4: 337-357.
- Gauchat G. (2012), *Politicization of science in the public sphere: a study of public trust in the United States, 1974 to 2010*», «American Sociological Review», 77: 167-187.
- Gobo G., Sena B. (2019), *Oltre la polarizzazione ‘pro-vax’ versus ‘no-vax’*, «Salute e Società», 15: 176-190.
- Gould S.J., Lewontin R.C. (1979), *The spandrels of San Marco and the panglossian paradigm: a critique of the adaptationist programme*, «Proceedings of the Royal Society London», B 205: 581-598.

- Grignolio A. (2016), *Chi ha paura dei vaccini?*, Codice, Torino.
- Grignolio A. (2017), *Post-verità, vaccini, democrazia*, «The Future of Science and Ethics», 2, 1: 77-88.
- Hamilton L.C., Hartter J., Saito K. (2015), *Trust in scientists on climate change and vaccines*, «Sage Open», July-September: 1-13.
- Inglehart R. (1998), *La società postmoderna. Mutamento, ideologie e valori in 43 paesi*, Editori Riuniti, Roma.
- Irwin A. (1995), *Citizen Science. A Study of People, Expertise and Sustainable Development*, Routledge, London.
- Irwin A. (2006), *The politics of talk: coming to terms with the “new” scientific governance*, «Social Studies of Science», 36, 2: 299-320.
- Jasanoff S. (2005), *Designs on Nature: Science and Democracy in Europe and the United States*, Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Jasanoff S. (2004), “The idiom of co-production”, in Jasanoff S. (ed.), *States of Knowledge. The co-production of science and social order*, Routledge, London, pp. 1-12.
- Jasanoff S., Simmet H. (2017), *No funeral bells: public reason in a ‘post-truth’ age*, «Social Studies of Science», 47, 5: 751-70.
- Kahan D.M. (2013), *Ideology, motivated reasoning, and cognitive reflection*, «Judgment and Decision Making», 8: 407-424.
- Kahan D.M. (2014), *Vaccine risk perceptions and ad hoc risk communication: An empirical assessment*, CCP Risk Perception Studies Report No. 17, Yale Law School, New Haven, CT.
- Lakoff A. (2017), *Unprepared. Global Health in a Time of Emergency*, University of California Press, Oakland, CA.
- Latour B. (2004), *Why has critique run out of steam? From matters of fact to matters of concern*, «Critical Inquiry», 30, 2: 225 -48.
- Lello E. (2020), *Populismo anti-scientifico o nodi irrisolti della biomedicine? Prospettive a confronto intorno al movimento free vax*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 61, 3: 463-492.
- Lynch M. (2017), *STS, symmetry and post-truth*, «Social Studies of Science», 47, 4: 593-599.
- Mazzeo M. (2017), *Scienza e Pseudoscienza tra verità e opinione*, «Ithaca: Viaggio nella Scienza», IX: 43-54.
- McIntyre L. (2018), *Post-Truth*, MA, MIT Press, Cambridge.
- Micheletti M., McFarland A.S. (2011), *Creative Participation: Responsibility-Taking in the Political World*, Paradigm, Boulder.
- Millennium Ecosystem Assessment (2005), *Ecosystems and Human Well-Being: Synthesis*, Island, Washington, DC.
- Mirowski P., Plehwe D. (2009) (eds.), *The Road From Mont Pelerin: The Making of the Neoliberal Thought Collective*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Mudde C., Kaltwasser C.R. (2017), *Populism: A Very Short Introduction*, Oxford University Press, New York.
- Navin M. (2016), *Values and Vaccine Refusal: Hard Questions in Ethics, Epistemology and Health Care*, Routledge, New York.

- Nealon J. (2008), *Foucault Beyond Foucault. Power and its Intensification since 1984*, Stanford University Press, Stanford, CA.
- O'Malley P. (2004), *Risk, Uncertainty and Governance*, Glasshouse, London.
- O'Malley P. (2010), *Resilient subjects: uncertainty, warfare and liberalism*, «Economy and Society», 39, 4: 488-509.
- Oreskes N., Conway E.M. (2011), *Merchants of Doubt*, Bloomsbury, New York.
- Pellizzoni L. (2011), *Governing through disorder: neoliberal environmental governance and social theory*, «Global Environmental Change», 21, 3: 795-803.
- Pellizzoni L. (2016), *Ontological Politics in a Disposable World: The New Mastery of Nature*, London, Routledge.
- Pellizzoni L. (2020a), *The environmental state between pre-emption and inoperosity*, *Environmental Politics*, 29, 1: 76-95.
- Pellizzoni L. (2020b), *The time of emergency. On the governmental logic of preparedness*», «AIS Journal of Sociology», 16: 39-54.
- Peretti-Watel P., Larson H.J., Ward J.K., Schulz W.S., Verger P. (2015), *Vaccine hesitancy: clarifying a theoretical framework for an ambiguous notion*, «PLOS Currents Outbreaks, Vaccine Hesitancy Collection», Feb. 25.
- Pidgeon N., Kasperson R., Slovic P. (2003) (eds.), *The Social Amplification of Risk*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Robertson M. (2012), *Measurement and alienation: making a world of ecosystem services*, «Transactions of the Institute of British Geographers», 37, 3: 386-401.
- Rogers A., Pilgrim D., Gust I.D., Stone, D.H., Mentzel, P.T. (1995), *The pros and cons of immunisation*, «Health Care Analysis», 3: 99-115.
- Rosanvallon P. (2012), *Controdemocrazia. La politica nell'era della sfiducia*, Castelvecchi, Roma.
- Rose N. (1998), *Inventing Our Selves*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Rose N. (2007), *The Politics of Life Itself*, Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Sismondo S. (2008), *How pharmaceutical industry funding affects trial outcomes: causal structures and responses*, «Social Science & Medicine», 66: 1909-1914
- Sismondo S. (2017), *Post-truth?*, «Social Studies of Science», 47, 1: 3-6.
- Sokal A, Bricmont J. (1998), *Intellectual Impostures*, Profile, London.
- Stolle D., Micheletti M. (2013), *Political Consumerism*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Taleb N.N. (2012), *Antifragile. Things that Gain from Disorder*, Penguin, London.
- Tessarolo M. (2001), *Il sistema delle comunicazioni. Un approccio sociologico*, Cleup, Padova.
- Thacker E. (2007). *The Global Genome*, MA, MIT Press, Cambridge.
- Tipaldo G. (2019), *La società della pseudoscienza*, il Mulino, Bologna.
- Walker J., Cooper M. (2011), *Genealogies of resilience. From systems ecology to the political economy of crisis adaptation*, «Security Dialogue», 4, 2: 143-160.
- Ward J.K. (2016), *Rethinking the antivaccine movement concept: a case study of public criticism of the swine flu vaccine's safety in France*, «Social Science & Medicine», 159: 48-57.
- Ward J.K., Cafiero F., Fretigny R., Colgrove J., Seror V. (2019), *France's citizen consultation on vaccination and the challenges of participatory democracy in health*, «Social Science & Medicine», 220: 73-80.

- Wolfe R.M., Sharp L.K. (2002), *Anti-vaccinationists past and present*, «British Medical Journal», 325: 430-432.
- Wolfe R.M., Sharp L.K., Lipsky M.S. (2002), *Content and design attributes of anti-vaccination web sites*, «Journal of the American Medical Association», 287, 24: 3245-3248.
- Wynne B. (1996), *May the sheep safely graze? A reflexive view on the expert-lay knowledge divide*, in Lash S., Szerszynski B., Wynne B., eds., *Risk, Environment and Modernity*, London, Sage, pp. 44-83.
- Yaquib O., Castle-Clarke S., Sevdalis N., Chataway J. (2014), *Attitudes to vaccination: a critical review*, «Social Science & Medicine», 112: 1-11.
- Yearley S. (1992), *Green ambivalence about science: Legal-rational authority and the scientific legitimation of a social movement*, «British Journal of Sociology», 43, 4: 511-532.

Saperi esperti e opinione pubblica. Il ruolo del professionista sanitario nella costruzione sociale della risposta vaccinale

di Rita Biancheri

*Il Prometeo irresistibilmente scatenato al quale la scienza conferisce
forza senza precedenti e l'economia imprime un impulso incessante,
esige un'etica che mediante un'auto-restrizione impedisca alla
sua potenza di diventare una sventura per l'uomo.*

H. Jonas, *Organismo e liberà. Verso una biologia filosofica.*

Introduzione

Tra le numerose contestazioni albergate all'interno del complesso edificio della medicina, sia relativamente ai fondamenti del suo statuto epistemologico che alle modalità organizzative della pratica clinica, mai come la ricorrente questione dei vaccini ha avuto ampi riflessi nell'opinione pubblica e nel confronto con le altre discipline. In questa lunga disputa si inseriscono molteplici elementi che impediscono di mettere a fuoco l'ampio spettro delle motivazioni di tali eterogenei movimenti oppositivi, perdendo così di vista uno dei denominatori della postmodernità e, in particolare, la *dispersione* di fiducia non solo nella politica e nelle istituzioni ma anche nei saperi esperti.

Ci sono fattori nel dibattito attuale, esclusivamente sanitario (Gobo, 2019), ritenuti collaterali alle resistenze dei movimenti No-vax, su cui ci concentreremo nel seguente contributo, che alimentano nel pubblico la percezione di vulnerabilità per le note conseguenze sui rischi ambientali (Pelizzoni, 2011) e gli atteggiamenti antagonisti che denunciano le contaminazioni nascoste con l'esercizio del potere, in nome di una scienza pura (Latour, 2009). Se tali espressioni di dissenso sono omologate all'interno di un unico schema interpretativo, quello della irrazionalità (Burioni, 2016), possono alimentare “una pluralità di rivendicazioni di sapere eterogenee, tra le quali la scienza non occupa un posto privilegiato” (Giddens, 1994, p. 16) e quindi, irrigidire la discussione in altrettanti preconcetti invece di migliorare le conoscenze. Di conseguenza riteniamo opportuno allargare la riflessione adottando una prospettiva sociologica e propositiva per un campo d'indagine che ha bisogno di contribuire alla definizione di politiche condivise e partecipate per progettare un futuro sostenibile.

Al contrario della società industriale e della crescita illimitata ci muoviamo oggi su un terreno *instabile* in cui i “sistemi astratti” che avevano prodotto sicurezza hanno la necessità di accertare le competenze che prima

erano date per scontate. Un filtro significativo che gioca una parte importante nel settore della salute, dove l'esigenza di continuità e stabilità assistenziale, la valutazione e il riconoscimento della professionalità degli operatori costituiscono un *vulnus* in campo medico in seguito all'aziendalizzazione dei sistemi sanitari (Vicarelli, Giarelli, 2021). È pertanto nella cornice della assicurazione, dell'affidabilità e responsabilità di un impegno personale reciproco, nell'equità dell'accesso alle *policy*, che si intende esplorare il contesto in cui si innestano le radici del controverso campo dell'esitazione vaccinale.

Il terreno d'indagine, di conseguenza, si sposta sugli effetti di una presunta crisi di credibilità, anche nei confronti della comunità medica, e sulla frattura e parcellizzazione tra i diversi ambiti sanitari riscontrabile non solo nell'emergere dell'insoddisfazione dei pazienti, ma anche nella crescita della medicina difensiva. Quindi, la domanda è la seguente: per arginare i presupposti pseudoscientifici e ideologici dell'opposizione vaccinale basta liquidarne le false credenze con argomentazioni basate sull'evidenza o è necessario ricostruire un'interazione positiva tra chi cura e chi è curato nella più ampia prospettiva di un rapporto attivo e non gerarchico, condividendo il valore di una maggiore efficacia dell'intervento terapeutico in un paziente informato?

Per analizzare perché molti atteggiamenti scettici facciano presa nelle costruzioni di senso del sentire comune non può essere sufficiente ricorrere all'ipersemplificazione, al coinvolgimento emotivo e alla facile presa che tali contenuti hanno nell'enfaticizzazione mediatica; rispetto a spiegazioni rigorose, ai dati derivanti dalle competenze scientifiche e dall'attendibilità dei metodi. Sostenere l'informazione dei cittadini, senza un'adeguata conoscenza critica, in una sovraesposizione di posizioni può dar luogo a fenomeni ambivalenti riguardanti la correttezza delle diverse valutazioni, minandone la credibilità e lasciando spazio alle strumentalizzazioni ideologiche e politiche.

In questo percorso emerge un'ulteriore riflessione sull'efficacia euristica e funzionalità operativa del dubbio, compatibile con la pluralità di opinioni, rispetto ai ripetuti e inefficaci richiami alla competenza degli esperti giustificando così, secondo la posizione radicale di Agamben, un commissariamento tecnocratico¹. Infatti, nell'attuale rappresentazione della pandemia abbiamo visto la capacità dei media di sovraesporre alcune figure di esperti all'interno di *frames* costruiti secondo precise strategie narrative a scapito di un'informazione finalizzata al raggiungimento di un obiettivo culturale e

¹ Per l'A. esplicitare la posizionalità storica e sociale del sapere significa tutt'altro che sostenere che ogni affermazione vale l'altra, che "tutto va bene", ma che ciò che "va bene", le conoscenze che acquisiamo e le tecniche che vengono messe a punto e applicate, possono e devono essere oggetto di discussione pubblica perché racchiudono in sé modelli di società e di futuro (Agamben, 2020).

divulgativo (Tibaldi, 2019). È proprio l'immediatezza delle notizie che non favorisce l'elaborazione e la consapevolezza, tutto diventa aleatorio e nella ricomposizione del puzzle si confondono le diverse verità.

Occorre, di conseguenza, prendere in considerazione la fitta rete dei processi soggettivi, storici e sociali con cui si formano le opinioni; riflettere, affinché non si amplifichi la frattura tra scienza e società, su come agiscono le singole disponibilità nella costruzione di una alleanza medico/paziente efficace, basata sulla relazione e su una rinnovata fiducia che metta al centro l'attenzione alla persona. Riteniamo che è al sapere dell'esperienza, a quell'effetto denominato "camere di eco" e alla ricerca di una matrice comune, connotata da un elevato grado di omofilia delle opinioni, che ci si aggrappa per ridurre la crescita dell'incertezza. Sono i presupposti che danno forza alla nostra realtà prima ancora che ci accorgiamo di interpretarla. E dove "ogni scienza tende alla generalizzazione e alla verifica dei suoi asseriti, l'esperienza è sempre particolare e non si intende di 'verifiche', ma, se mai, di 'ascolto' e di comunicazione" (Jedlowski, 1994, p. 218)².

Se sono cambiati i meccanismi che alimentavano l'adesione incondizionata ai risultati della scienza e al progresso della tecnica, in quanto connotati dall'equazione sapere uguale a verità, si devono ripensare le chiavi di lettura, le modalità di interazione e di scambio attraverso cui problematizzare simili eventi, che sono da approfondire come segnali di insofferenze più ampie (cfr. Pellizzoni, *infra*), stabilendo il focus sulle specificità e i ruoli dell'opinione pubblica in una comunità democratica.

La scienza è un campo del sistema socio-culturale che intrattiene scambi con gli altri sottosistemi, in particolare si deve riflettere su tali passaggi, sul modo in cui le conoscenze diventano rappresentazioni sociali e come le informazioni, le immagini simboliche alimentano il senso comune in una costante interazione. Una diversa epistemologia maggiormente flessibile e meno fondata sul criterio di oggettività può favorire una frontiera comune, un'alleanza tra le discipline, in grado di stimolare un contatto fecondo di fronte ad una crescente specializzazione della ricerca. Se pensiamo che per dar conto dell'agire degli attori dobbiamo utilizzare categorie sociologiche occorre, come scriveva Gallino nel 1992, operare insieme per assumere decisioni comuni. «Questo è uno dei motivi per cui non è possibile tracciare una linea netta di frontiera tra concetti improntati al senso comune e concetti scientifici» (Gallino 1992 p. 91)³.

² Un medico dotato di esperienza non è tanto colui che sa applicare automaticamente il suo sapere, continua l'A. "ma colui che sa riconoscere rapidamente il già noto, e contemporaneamente è consapevole dell'ignoto che circonda i suoi limiti. Egli fa ipotesi, si muove oculatamente, e agisce non chiudendosi nella fortezza della propria dottrina, ma restando aperto alle particolarità dei casi" (Agamben, 2020, p. 146)

³ Infatti secondo l'A. le credenze anche scientifiche possono essere distorte da fattori ideologici, ogni frammento di sapere è avvolto in una conoscenza tacita, l'attore scientifico

Di conseguenza, se c'è un *continuum* e non un ordinamento gerarchico la tesi che qui si sostiene non è la semplificazione delle cause ma l'utilizzo di una cassetta degli attrezzi più sofisticata che affronti i diversi aspetti del fenomeno tenendo ben presente che, come suggerisce Barrotta (2016), negli anni Ottanta già molti scienziati rimasero spiazzati di fronte all'ostilità dell'opinione pubblica verso la ricerca scientifica e tecnologica. Per questi scienziati era ovvio che la valutazione del rischio fosse una questione esclusivamente di pertinenza degli esperti, se l'opinione pubblica dissentiva, ciò era dovuto a un'informazione incompleta oppure a credenze irrazionali. L'ovvio rimedio era colmare il deficit di informazione e impegnarsi in una corretta divulgazione scientifica. Tesi che si è rivelata ingenua in quanto presuppone che non ci siano dissensi, invece molto presenti nella valutazione del rischio.

Simili considerazioni rappresentano un significativo spazio di analisi per non cadere in letture riduttive, rispetto ai nodi che dobbiamo sciogliere per rispondere alle intrecciate questioni, che si presenteranno con effetti ancora più dirimpenti e drammatici, a partire dal ricorrente dilemma sull'opportunità/necessità dell'obbligatorietà vaccinale.

Una storia di contrasti e riconoscimenti

La storia dei vaccini è caratterizzata da un lungo e ambivalente percorso che si dipana, da un lato, tra conflitti all'interno delle diverse scuole mediche, contestazioni ideologiche e dubbi per i rischi prodotti dagli effetti collaterali, mentre dall'altro ulteriori obiezioni fanno appello all'uso di sostanze nocive nelle modalità di preparazione, spesso sottaciute, e alla supposta tossicità per la presenza di alluminio o di altri componenti (Gøtzsche, 2020). Al complicato quadro delle contestazioni, inoltre, non sono mancati riferimenti concettuali e morali ambivalenti, dubbi religiosi e teorie a difesa della valorizzazione di ciò che è naturale rispetto all'intrusione artificiale nel corpo sano del vaccino, visioni che hanno costituito nel tempo orientamenti trasversali per i diversi movimenti (cfr. Salvadori, Vignaud, 2019).

Al contrario, i fautori della propensione vaccinale trovano un importante motore per l'accelerazione della sua diffusione nella piena accettazione e credibilità, da parte della popolazione, di una pratica medica, per molti aspetti anomala per la medicina Occidentale (Tognotti, 2020), che è riuscita a debellare e prevenire malattie devastanti e molto spesso letali, come il vaiolo e la poliomielite. Una prova che indiscutibilmente dovrebbe richia-

in tutti i suoi atti è guidato non tanto da una forma astratta di razionalità, quanto piuttosto dalla trama di relazioni sociali in cui il suo agire si inserisce, essendo la sociologia lo studio dei rapporti sociali nella loro struttura e dinamica si può ricorrere ad essa per comprenderli (Gallino, 1992).

mare l'evidenza dei fatti, ma poiché molte malattie sono scomparse allora sono i vaccini vittime del loro stesso successo, in quanto la lontananza nel tempo dei loro effetti e la dimostrazione della loro efficacia solo a posteriori può generare tale dissonanza (Salvadori, Vignaud, 2019).

Sono forse tali differenze, ci possiamo chiedere, rispetto ad altri trattamenti farmacologici, basti pensare all'uso sovradimensionato degli antibiotici e il consumo di psicofarmaci, che continuano a mettere in discussione una pratica così consolidata, oppure è la stessa scienza ad essere sottoposta a verifica come il criterio di oggettività, per cui la sola informazione non elimina una valutazione del rischio personale (Barrotta, 2017), proprio come avviene in questi casi in termini di costi e benefici collettivi? Lo scenario, come si vuol dimostrare, è ampio e difficile da comprendere soprattutto se si vogliono eliminare le sfumature e irrigidire i contorni, senza tener conto dei cambiamenti avvenuti nelle nostre società fortemente individualizzate.

Con alterne vicende, quindi, una delle più importanti e nello stesso tempo dibattute scoperte scientifiche ottiene, solo negli anni '60, un'ampia adesione come mezzo efficace e, sempre più sicuro, per contrastare la piaga della poliomielite e di molte altre malattie, riuscendo così a dissolvere, attraverso prove obiettivabili, molti dubbi e diffidenze. Non dobbiamo però dimenticare che, in un simile e articolato scenario, fin dall'inizio la negazione sistematica, da parte di alcuni entusiasti sostenitori, di possibili reazioni avverse ha alimentato, anche in passato, resistenze e ha contribuito a far crescere sospetti e paure arrivando, per rimuovere comportamenti ostili, all'introduzione periodica dell'obbligo vaccinale. L'imposizione di questa pratica e le controverse argomentazioni con i dovuti distinguo, non sempre privi di evidenze, trovano letture più ampie in motivazioni che nell'ambito della sociologia hanno noti esponenti molto critici, basti pensare a Illich (1976) e alla messa in discussione della biomedicina con il suo potenziale carattere *iatrogeno*, prodotto dal controllo professionale sul corpo, o al concetto di medicalizzazione come forma di sottomissione al potere medico (Freidson, 1970).

Serve, infatti, ricordare proprio per il ripetersi del fenomeno, sebbene con gradi e livelli diversi di intensità, che in seguito all'obbligatorietà anche in Italia nasce un movimento contro tali provvedimenti e dà adito ad un serrato confronto tra chi sostiene la strada della persuasione rispetto alla coercizione, tra l'informazione trasparente e la dogmatica assertività della verità della scienza (cfr. Tognotti, 2020).

Seppur tali rigide diffidenze o facili entusiasmi, rispetto all'introduzione di innovazioni tecniche, siano riscontrabili nelle molteplici odissee che hanno limitato la crescita del pensiero e il valore delle scoperte scientifiche, sta proprio nell'intensità e nella durata di un simile contrasto la domanda sul perché e come questo continui nel tempo.

Di conseguenza, una così irriducibile persistenza deve richiamare

l'attenzione sulle presunte spiegazioni – nonostante gli esiti raggiunti dal progresso medico a partire dalla costante crescita delle speranze e qualità della nostra vita (Biancheri, 2017) – che alimentano in una parte dell'opinione pubblica una reazione difensiva, per molti emotiva e non razionale, sulla stessa affidabilità dell'intervento nel bilancio costi/benefici. Un metodo, che a differenza di molte cure farmacologiche che hanno noti e riscontrabili effetti collaterali, trova però un fronte di opposizione e inconciliabilità nella mancata dialettica che invece dovrebbe alimentare il progresso della conoscenza.

In altri termini si ritiene opportuno, o meglio doveroso, affrontare con una diversa e più ampia prospettiva la questione della resistenza, o esitazione, vaccinale e approfondirne con maggiori strumenti a disposizione, derivanti da un approccio multidisciplinare, la poliedricità degli elementi che, in Italia e in altri Paesi, determinano trasversalmente la continuità dei movimenti No-vax e le critiche all'inserimento dell'obbligo vaccinale.

La situazione dell'attuale pandemia, l'urgenza di rispondere alla catastrofe che stiamo vivendo e l'uso mediatico che è stato fatto della letteratura scientifica in un continuo susseguirsi di informazioni, a volte scorrette, hanno prodotto “bolle comunicative”, mostrando alcuni limiti della ricerca in contraddizione con l'assertività di certi esperti che, in nome della Scienza, eliminano qualsiasi contraddittorio. Tale tipologia è sembrata inizialmente la modalità più giusta per eliminare credenze pseudoscientifiche ma, come scrive Bucci (2020):

In queste condizioni, è maturata la mia convinzione che fosse più che mai necessario tornare a riflettere sui difetti e sui limiti dell'attuale impresa scientifica, non per contribuire a peggiorarne l'immagine, ma perché attraverso l'illustrazione di certi meccanismi perversi sia possibile per il lettore ricavare armi cognitive utili a difendersene; e anche perché per converso, rispetto a tali distorsioni risalta invece quella ricerca utile e onesta che ci tira e ci tirerà fuori dai guai o che, almeno, può servire a evitare di finire in guai peggiori (Bucci, 2020, p. 11).

Nei numerosi testi che ripercorrono dalla nascita fino ai giorni nostri i diversi aspetti che hanno caratterizzato lo scetticismo, dapprima per una tecnica non rigorosa e successivamente per presunti conflitti di interessi dello Stato con le case farmaceutiche, si possono reperire importanti e utili analisi sulla persistenza o obsolescenza degli argomenti che hanno caratterizzato la contrapposizione a questa pratica medica. La costruzione del complesso quadro aiuta ad ampliare lo sguardo, legando ai mutamenti e agli avvenimenti sociali la più o meno intensa attività degli oppositori e, di conseguenza, la crescita dell'adesione, a cui abbiamo assistito anche di recente, di una parte dell'opinione pubblica, assieme ad un sostegno politico, per la recente estensione delle vaccinazioni obbligatorie. Come è noto la

legge Lorenzin del luglio 2017 ha acuito il dibattito su un punto dirimente della sanità pubblica che riguarda il rapporto tra rischio individuale e responsabilità collettiva, ambito controverso che rappresenta una questione non solo di democrazia e riconoscimento dei diritti ma si estende, ad esempio, all'auspicato ruolo attivo del paziente nel processo di cura e all'adesione al consenso informato come strumento di comunicazione per i trattamenti sanitari.

La prospettiva diacronica, a partire dal XVIII secolo, infatti ci consente di analizzare le molte variabili che hanno influenzato il suo andamento carsico e come il fenomeno dell'emersione di molti dei temi, ancora oggi presenti, sia condizionato da fattori sociali e culturali che trovano una continuità nelle argomentazioni sia degli oppositori che dei fautori della vaccinazione.

Prendere in considerazione le possibili trattazioni che alimentano da secoli questo controverso campo della sanità pubblica può servire a non semplificare il fenomeno sia nella valutazione della sua estensione, enfatizzando il ruolo dei media, sia nei suoi più significativi aspetti che riguardano il rapporto tra scienza e società e, più in generale, tra funzionamento delle istituzioni e potere politico. Ambiti in cui ricorre uno dei principali temi della modernità (Giddens, 1994), quello della fiducia e del consenso, che si danno per scontati nei funzionamenti quotidiani ma possono far crescere antagonismi che trovano linfa negli scenari anonimi che hanno sostituito il carattere collettivo degli ordinamenti tradizionali. Per questo Autore l'affievolirsi, se non la perdita, delle aspettative per un progresso continuo e controllato dall'uomo ha aperto ad una diversa visione che prevede una pluralità di rivendicazioni di sapere eterogenei, per cui la razionalità scientifica come unica guida perde il suo primato poiché ha lasciato fuori le problematiche inerenti la costruzione sociale della conoscenza⁴.

Se in passato nell'opinione pubblica esisteva una fede nella validità dell'applicazione della tecnica e negli apparati di sorveglianza costituiti dagli enti regolatori preposti alla protezione degli utenti, per cui saliamo su un aereo senza paura, ora sono necessarie rassicurazioni per l'attendibilità dei saperi esperti e l'equazione scienza uguale certezza rischia di essere male impostata. L'ambivalenza che è alla base di tutte le relazioni di fiducia si manifesta, in particolare, quando l'uso di una terminologia opaca rende inaccessibile le spiegazioni e quindi circonda di un alone di sospetto le diverse professionalità.

Nell'attuale contesto il valore euristico di una lettura longitudinale ci consente di rafforzare l'idea che un approccio esclusivamente basato sulle

⁴ Gli strumenti utilizzati, l'iperspecializzazione e la chiusura disciplinare costringono a "«vedere»" solo alcune cose tralasciandone altre, per cui lo sguardo diventa necessariamente selettivo limitando la riflessione sugli obiettivi e le conseguenze della ricerca, mentre c'è una profonda commistione tra scienza, tecnologia e società (Neresini, 2008).

conoscenze mediche non risponde alla complessità delle questioni da trattare ma, al contrario, può rafforzare le posizioni più distanti; mentre, come ben esplicita Gobo (2019), esiste una molteplicità di atteggiamenti, motivazioni e posizioni sulle vaccinazioni che possono essere meglio interpretabili se collocate lungo un *continuum*, che va dall'adesione incondizionata ad esse sino a un loro totale e radicale rifiuto. Allo stesso modo anche la cerchia degli specialisti è lambita dal dubbio e dalle incertezze fisiologiche che possono portare alcuni soggetti ad attribuire le cause del contrasto all'incompetenza degli esperti, altri con maggiore conoscenza del tema, invece, interpretano il disaccordo tra loro come conseguenza di dispute interne di natura finanziaria o ideologica; solo una minoranza di soggetti attribuisce la disputa all'irriducibile complessità del fenomeno (Comunello, Mulargia, Parisi, 2017).

La pluralità delle posizioni, infatti, deve farci dubitare di un modello comprendente i vari aspetti in quanto come scrissero Dingwall e colleghi (2013), per introdurre un numero monografico di «Sociology of Health & Illness» dedicato alla sociologia delle pandemie, «alcuni pretenderebbero che questo argomento fosse in misura crescente esclusivo terreno di microbiologi, virologi e professionisti della salute pubblica. Tale asserzione, riteniamo, tradisca una carenza basilare di comprensione di come la medicina e la scienza biomedica si rapportano con il mondo in cui esistono» (Dingwall et al., 2013, p. 167).

La drammaticità degli avvenimenti che stiamo vivendo per la pervasività e l'impatto drammatico sulla qualità della vita delle persone e per l'estensione mondiale del fenomeno impongono risposte non ideologiche e soprattutto non dicotomiche tra verità scientifiche e credenze popolari. Richiamare l'importanza di una riflessione tra scienza e opinione pubblica (Barrotta, 2016) è quanto mai necessario per non incorrere in sterili e controproducenti opposizioni o, addirittura, in reazioni violente rese ancora più pericolose da strumentalizzazioni ed enfattizzazioni derivanti da un uso diffuso, e spesso improprio, dei social media. Sono recenti le minacce ai primi sanitari che si sono vaccinati per il Covid e l'eccessiva spettacolarizzazione che ha portato alla diffusione delle immagini durante il *vaccine day* che, seppur su piani diversi, non ci consentono di trascurare nessun messaggio, implicito o esplicito, volto a ad acuire posizioni conflittuali.

Durante la nostra indagine, di conseguenza, abbiamo cercato di ascoltare senza pregiudizio le motivazioni critiche di coloro che sostengono posizioni differenti e di riflettere su come vengono posti i problemi, le possibili ambivalenze normative, tra obblighi e riconoscimenti di indennizzi, e come le esperienze vissute costruiscono un bagaglio, spesso non facilmente superabile, da spiegazioni scientifiche. Come le molte ricerche, anche in campo etnografico, hanno dimostrato non esistono *framework* consolidati, ma si può sviluppare una *narrazione altra* del dissenso e comprendere come i

processi di attribuzione di significato costituiscono un ambito importante di analisi⁵, proprio al fine di non cristallizzare le posizioni. Le stesse sentenze della Corte Costituzionale sottolineano che:

le leggi difettano di accertamenti preventivi – idonei, se non ad eliminare, certamente a ridurre il rischio, sia pur percentualmente modesto, di gravi complicanze da vaccino, con esiti lesivi dell'integrità psicofisica – volti alla verifica della sussistenza di eventuali controindicazioni alla vaccinazione, sia la specificazione del tipo di accertamenti che debbono a tal fine compiersi, non potendosi la visita, comprendente un esame obiettivo e la raccolta dell'anamnesi, ritenere di per sé sola sufficiente ad individuare od escludere le molteplici patologie che costituiscono controindicazioni alla somministrazione di vaccini, considerato in particolare che esse possono essere asintomatiche.

La controversa relazione medico-paziente e nuove dinamiche nella relazione di cura

L'ampliamento del "contesto" della cura, sia per l'articolazione dei luoghi sia per la pluralità dei soggetti interagenti, ha spostato l'intervento terapeutico dallo spazio ospedaliero, dove si esercitava per eccellenza la dominanza medica, all'ambito mediatico di una comunicazione eterogenea. Un terreno di confronto per la diffusione di informazioni ambivalenti, incerte dove vengono enfatizzate contrapposizioni che generano incertezze e possono costituire rischi per la salute pubblica e pericoli per i comportamenti individuali.

La pandemia che abbiamo vissuto ha amplificato simili effetti, ponendo domande che non possono avere risposte semplificate, di fronte a cambiamenti che irrompono sulle strutture sanitarie mettendone in discussione l'organizzazione e richiamando la necessità di una revisione degli obiettivi non solo tecnici e operativi ma anche relazionali e dialogici.

Molti fattori sociodemografici sono stati analizzati per comprendere come, con pesi diversi, possano incidere sulla costruzione della fiducia/sfiducia nei vaccini⁶, sulla credibilità nell'opinione pubblica della loro

⁵ I risultati di numerose indagini hanno consolidato l'idea che i modelli interpretativi ricondotti all'idea che ci sia un deficit conoscitivo nei cittadini non corrisponda alla ricostituzione di un rapporto positivo tra scienza e società ma, al contrario, la riflessione si è spostata «verso approcci più partecipativi e aperti a riconoscere ad altri attori, non solo ai produttori della conoscenza scientifica, un ruolo attivo indispensabile alla costruzione di un solido rapporto fiduciario e cooperativo tra i due mondi» (Scamuzzi, Tipaldo, 2015 p. 130).

⁶ Su questo complesso tema rimandiamo al testo di Luhman che richiama alla necessità di accordare fiducia da parte degli individui partendo dalle molte circostanze che si incontrano ogni giorno, dall'esperienza interiore alle relazioni sociali. Di conseguenza secondo l'A. la fiducia può essere analizzata solo in modo funzionale e non può essere confrontata

efficacia e sicurezza; ma finora le diverse cause che determinano tale variabilità non sono state sufficientemente approfondite o per lo meno, a nostro avviso, sono state studiate separatamente. Infatti occorre qui riprendere, nella più ampia cornice che abbiamo auspicato per interpretare la serie di problemi che ci troviamo ad affrontare, il focus che riteniamo cruciale sull'indubbio valore del rapporto medico-paziente, sul bene relazionale del tempo, del significato terapeutico dell'ascolto che si è perso con la managerializzazione della sanità in un mutato contesto organizzativo (Biancheri, Taddei, 2018), rinunciando così alla comprensione della sofferenza (Giarelli, 2018) e degli aspetti emotivi che sono una componente essenziale nei processi di cura. Non si tratta soltanto di non utilizzare un linguaggio specialistico, di sostituirlo con dinamiche interattive per giungere ad una scelta condivisa, ma di trovare un terreno comune di comunicazione, una narrazione per favorire una *co-creazione*, un modello collaborativo che metta insieme le diverse competenze, tecniche ed esperienziali, e si basi sulla continuità del rapporto. Non dobbiamo però dimenticare che su tale contesto *micro* agiscono, con poteri decisionali e non solo regolativi, variabili strutturali quali: l'investimento finanziario, il modello organizzativo, le politiche di razionalizzazione, il *management* e altri attori significativi che hanno un forte impatto nella definizione dei tempi di visita e delle procedure, condizionando l'ambiente di lavoro e gli spazi operativi in termini di pratiche gestionali, di linee guida in funzione di una presunta efficientizzazione del sistema, fatta di tagli lineari, su cui grava una consistente riduzione del personale.

Non intendiamo qui addentrarci sui molteplici aspetti della relazione di cura la cui densità delle questioni che entrano in gioco, sia teoriche che operative, è testimoniata dalla vasta produzione bibliografica sull'argomento (Cfr. Vicarelli, 2013; Ingrosso, Pierucci, 2019), ma l'obiettivo è quello di connettere la centralità che riveste lo scambio fiduciario nella relazione di cura alla *vexata quaestio* della vaccinazione.

In questo mutato scenario in cui molte delle informazioni sulla salute sono ricercate su internet e dove i media svolgono un ruolo dominante, dobbiamo riconsiderare questi numerosi aspetti certamente non secondari. Un quadro dove si affacciano molte contraddizioni: dal coinvolgimento attivo del paziente per la *compliance*, al sostegno dato ai processi partecipativi e alle associazioni dei malati (Vicarelli, 2016), all'uso burocratico del consenso informato (Orletti, Iovino, 2018), alle difficoltà connesse con la realizzazione dell'informazione istituzionale per contrastare le *fake news* (Gola, Meloni, Porcu, 2018), per non dimenticare la sfida tecnologica e la

con altri meccanismi sociali. «Dove c'è la fiducia ci sono più possibilità di esperienza e di azione, e aumentano sia la complessità del sistema sociale sia il numero di possibilità che esso può conciliare con la sua struttura, poiché con la fiducia abbiamo a disposizione una più efficace forma di riduzione della complessità» (Luhmann 2002, p. 10).

digitalizzazione della sanità (Lupton, 2018).

Sono quindi molti gli elementi che costituiscono il variegato mosaico che concorre incisivamente alle trasformazioni della sanità a partire dalle aspettative aperte dall'*e-health*⁷; quello però che qui interessa sono le conseguenze sull'identità professionale ma anche le innovazioni che possono essere introdotte, sia nelle dinamiche lavorative che nei percorsi assistenziali, in grado di assicurare interventi efficaci ed effettivamente rispondenti ai diversi bisogni.

Il tipo di asimmetria informativa, evidenziata da Parsons (1965) in una relazione gerarchica, oggi si è trasformata in una responsabilizzazione del malato, che però è oggetto di ambivalenze soprattutto sulla base della distinzione tra gli stessi livelli di competenza acquisiti dal paziente (*lay* o *expert* patient). È infatti importante sottolineare, riprendendo l'insegnamento del sociologo americano, che c'è implicito un legame emotivo che deriva dalla condizione di incertezza, dall'ansia per lo stato di salute che può sfociare in false credenze, nella cosiddetta pseudo-scienza per alleviare la situazione di tensione. Ci troviamo di fronte a un cittadino-utente, a nuove forme di coinvolgimento e di alfabetizzazione sanitaria⁸, alla crescita di una consapevolezza critica che per molti Autori è teorizzata nella categoria più ampia: quella di *engagement* (Graffigna, Barelo, 2017). Un'alleanza con i professionisti sanitari, una vera e propria *partnership* a fondamento della quale stanno le strategie di comunicazione, strumenti e misure condivise, in altri termini un coinvolgimento prezioso che diventa funzione essenziale per produrre qualità nei servizi e dare risposte innovative.

Aggiungere alla nostra disamina questa pluralizzazione dello scenario di cura ci serve per capire come tali spinte, verso una partecipazione attiva nella progettazione collettiva dei servizi e una valorizzazione dell'apporto del paziente, introduca un ulteriore livello di complessità nell'analisi dell'esitazione vaccinale. Si va proponendo, come emerge da molta letteratura di settore (Cfr. Moretti, 2020), un complesso sistema di promesse e paradossi che impongono nuove sfide assieme a molteplici segnali di ambiguità nel percorrere questa strada. Se infatti sulla carta è di immediata comprensione il valore di tali proposte, dobbiamo considerare il livello di

⁷ Nell'articolato e vario contenitore dell'*e-health* sono presenti più fattori e la stessa definizione risulta complessa con uno spettro semantico ampio per la molteplicità di significati che la compongono, alcuni riguardano più da vicino la promozione della partecipazione dei pazienti e l'impegno dei professionisti (*engagement* e *education*). Su questi interessanti temi Cfr. il numero 2 della rivista Politiche Sociali, maggio-agosto 2018.

⁸ L'*Health literacy* è un concetto introdotto nel 1998 dall'OMS per definire le capacità sociali e cognitive degli individui e utilizzarle in funzione della promozione di un buon livello di salute, tale settore di studio è stato ampliato da successivi contributi tenendo conto delle variabili sociodemografiche e i contesti ambientali. Un recente concetto è quello di *cultural health capital* utilizzato per comprendere come questi determinanti operino nel favorire o meno l'interazione tra il paziente e il sistema sanitario (Cfr. Moretti, 2020).

accettazione nella classe medica dei possibili cambiamenti, l'adeguamento dell'organizzazione, la stessa formazione universitaria ma, non ultimo il *cultural health capital*, la rete relazionale e le diverse biografie dei pazienti. Ne deriva l'importanza di attivare un "circolo della condivisione" che metta al centro la persona in una prospettiva di *coproduzione integrata* dei servizi sanitari, che però incontra nella sua realizzazione non solo ostacoli per l'intrecciarsi difficoltoso dei vari piani da connettere sinergicamente fra loro, ma anche vischiosità e incongruenze per il ritardo endemico degli interventi di riforma. Non ultimo alcune evidenti storture nell'offerta didattica, nelle competenze che diamo per scontate, quelle del "saper essere" che richiamano, oggi, l'esigenza dell'inserimento nei curricula delle *medical humanities*. È su tale bagaglio di conoscenze che ci soffermeremo più ampiamente nell'ultimo capitolo dove prenderemo in esame i risultati di una ricerca empirica rivolta agli studenti/tesse dei corsi di laurea di medicina e infermieristica, inerente alla questione dei vaccini, per raccogliere le loro opinioni.

Riportiamo in chiusura alcune considerazioni aperte scritte nei questionari che supportano alcuni degli argomenti trattati:

Oggi c'è la tendenza a vedere in tutto un complotto (terraplattisti, vaccini, scie chimiche). Le persone dovrebbero informarsi e questioni di questo genere andrebbero affidate solo a chi ha competenze scientifiche in merito. La libertà di parola, pensiero e azione (soprattutto in questioni come i vaccini, che hanno conseguenze sull'intera comunità) non andrebbe concessa a tutti ma solo a chi parla sulla base di fonti valide.

I vaccini sono stati la più grande rivoluzione sanitaria dopo l'igiene delle acque. C'è qualcuno che vorrebbe acqua non controllata nei propri rubinetti di casa? Lo stato è crudele a voler distinguere l'acquedotto dalla fogna? I vaccini ci salvano e tutelano la collettività.

Credo ci sia bisogno di un maggiore controllo nella divulgazione di dati e presunte ricerche in questo ambito, soprattutto in questo periodo in cui l'argomento è sulla bocca di tutti. Chi non ha competenze in questo ambito non sa più cosa credere.

Conclusioni

Più volte abbiamo fatto riferimento in altri scritti al metodo scientifico, in particolare alla prospettiva neutra inclusiva che elimina le differenze comprese quelle di genere (Biancheri, 2014; 2016) e alle difficoltà della

medicina di essere, come bene emerge dal pensiero di Gadamer (1994)⁹ scienza e arte, dottrina e pratica, incrinando il dogma dell'oggettività su cui si è costruita molta parte dell'esperienza clinica negli ultimi due secoli e dimenticando, così, le istanze sociali delle persone. Non occorre ricordare, *ad adiuvandum*, l'uso di una strumentazione tecnica, spesso invasiva, che viene sovra utilizzata e contribuisce a determinare un diaframma opaco per la funzionalità dell'interazione e che costituisce una possibile frattura.

Nella complessa cornice in cui abbiamo disegnato i cambiamenti nel rapporto medico/paziente e il ruolo che può ricoprire la formazione ci siamo soffermati su molteplici fattori tra cui la messa in discussione del monopolio della conoscenza del paradigma bio-medico e la crescita nei pazienti di maggiori aspettative, legate sia a una maggiore consapevolezza che alle criticità riscontrate nel Sistema Sanitario Nazionale.

Come ricorda (Freidson, 1960) queste sono le condizioni che maggiormente hanno contribuito alla soggettivazione della medicina e all'erosione di ambiti capitali di giurisdizione professionale. Una minore autonomia decisionale, un'impalcatura gestionale fortemente burocratizzata, l'incrinatura della fiducia nei saperi esperti, l'accesso universale attraverso i social media a ambiti di informazione prima chiusi all'opinione pubblica hanno contribuito a rompere quell'aura esclusiva ad appannaggio di specialismi e di singole scuole. Una disseminazione digitalizzata di informazioni rende poroso quel confine tra competenze e false credenze che si perdono nel mare magnum della rete, confondendo qualunque gerarchia e priorità, tra presunti messaggi di verità e ideologie precostituite. La certificazione della crisi del professionalismo medico, il dilatarsi dello spazio di autodiagnosi accompagnato alla propensione all'autocura, il consumerismo farmacologico schiudono al rafforzamento di una cultura oppositiva e di massa che si alimenta nella strumentalizzazione della sfida al biopotere.

All'interno della trama che compone questo plurisfaccettato arazzo che abbiamo cercato di disegnare, con luci e ombre, proprio nell'ultimo Rapporto dell'Unione Europea sulla fiducia nei vaccini (Figueiredo, Karafillakis, Larson, 2020) l'attenzione è stata focalizzata sul ruolo dei professionisti sanitari nell'influenzare l'opinione pubblica. I medici, infatti, sono ancora considerati la fonte più affidabile di informazioni sanitarie, ma simili dinamiche variano rispetto allo stile comunicativo, all'efficacia delle raccomandazioni ma soprattutto in considerazione della densità della relazione, della percezione positiva di una "presa in carico". Inoltre, dobbiamo prevedere che la rottura del legame fiduciario potrebbe essere ulteriormente dispersa dalle difficoltà emerse durante la pandemia, dal mal funzionamento e i ritardi registrati nelle risposte dei sistemi sanitari e da interventi ritenuti

⁹ Per il filosofo tedesco «la prassi medica non può essere considerata *semplicemente* l'aspetto tecnico-applicativo di una scienza, così come il caso clinico non è *semplicemente* l'espressione particolare di una legge generale» (Gadamer, 1994, p. xiv).

coercitivi. Come è noto anche questi fenomeni non sono puri fatti scientifici ma hanno riflessi sull'intera società, allo stesso modo i meccanismi che influenzano l'erosione del capitale sociale in momenti di crisi si accentuano e rivelano la fragilità dell'organizzazione formale; per converso la fiducia si rigenera nelle reti informali, nelle relazioni e nella messa a sistema dell'importanza di una medicina incentrata sulla persona.

Riferimenti bibliografici

- Agamben G. (2020), *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, Quodlibet, Macerata.
- Ballint M. (2014), *Medico, paziente e malattia*, ed. orig (1951), Fioriti, Roma.
- Barrotta P. (2016), *Scienza e democrazia. Verità, fatti e valori in una prospettiva pragmatista*, Carocci, Roma.
- Barrotta P. (2017) (a cura di), *Scienza valori e democrazia*, Armando, Roma.
- Burioni, R. (2016), *Il vaccino non è un'opinione: le vaccinazioni spiegate a chi proprio non le vuole capire*, Milano, Mondadori.
- Biancheri R. (2014) (a cura di), *Genere e salute tra prevenzione e cura*, «Salute e società», 1.
- Biancheri R. (2016) (a cura di), *Culture di salute ed ermeneutiche di genere*, «Salute e società», 3.
- Biancheri R., a cura di (2017), *La qualità della vita in una società in trasformazione. Vita urbana, salute, partecipazione*, Carocci, Roma.
- Biancheri R., Taddei S., a cura di (2018), *Narrare la malattia per costruire la salute. Una prospettiva multidisciplinare*, University Press, Pisa.
- Borgna P. (2001), *Immagini pubbliche della scienza. Gli italiani e la ricerca scientifica e tecnologica*, Edizioni di Comunità, Torino.
- Bucci E. (2020), *Cattivi scienziati. La pandemia della malascienza*, Torino, Add.
- Bucchi M. (2010), *Scienza e società*, Cortina, Milano.
- Comunello F., Mulargia S., Parisi L. (2017), *Non guardarmi, non ti sento. Processi di sensegiving nella controversia sui vaccini infantili tra gli utenti di Facebook*, «Problemi dell'informazione», 3: 431-457.
- Dingwall R., Hoffman L.M., Staniland K. (2013), *Introduction: Why a Sociology of Pandemics?*, «Sociology of Health & Illness», 35, 2:167-173.
- European Commission (2019), *Special Eurobarometer 488. Report Europeans' attitudes towards vaccination*, Luxembourg, European Union.
- Figureiredo A., Karafillakis E., Larson H.J. (2020), *Report State of Vaccine Confidence in the EU+UK*, Luxembourg, European Union.
- Freidson E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, ed. orig 1970, FrancoAngeli, Milano.
- Gadamer H.G. (1994), *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano.
- Giarelli G. (2018), *Sofferenza e condizione umana: per una sociologia del negativo nella società*, Rubettino, Soveria Mannelli.
- Giddens A. (1994), *Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischio, sicurezza e pericolo* (ed. orig. 1990), il Mulino, Bologna.

- Gøtzsche P. (2020), *Vaccini: verità, bugie, controversie*, Fioriti, Roma.
- Gobo G. (2019), *Vaccini e vaccinazione. Una questione solo medica?*, «Rassegna italiana di sociologia», 3: 627.
- Gola E., Meloni F., Porcu R. (2018), *Comunicare la salute. Metodi e buone pratiche per le amministrazioni pubbliche*, Carocci, Roma.
- Graffigna G., Barelo S. (2017), *Engagement. Un nuovo modello di partecipazione in sanità*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Illich I. (1991), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, ed. orig. 1976, Red, Como.
- Ingrosso M., Pierucci P. (2019) (a cura di), *Relazioni di cura nell'era digitale. Le persone in cura come partner nei percorsi terapeutici*, Aracne, Roma.
- Jedlowski P. (1994), *Il sapere dell'esperienza*, Il Saggiatore, Milano.
- Latour B. (2009), *Non siamo mai stati moderni*, Elèuthera, Milano.
- Lovari A. (2017), *Social media e comunicazione della salute. Profili istituzionale e pratiche digitali*, Guerini Scientifica, Milano.
- Luhmann N. (2002), *La fiducia*, il Mulino, Bologna.
- Lupton D. (2018), *Digital Health: Critical and Cross-Disciplinary Perspectives*, Routledge, London.
- Moretti V. (2020), *Sociologia del paziente. Disguaglianze sociali, salute digitale e nuove forme di partecipazione in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- Neresini F. (2008), *Dentro e fuori dal laboratorio. Trasformazioni della tecnoscienza e analisi sociologica*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 3.
- Orletti F. Iovino R. (2018), *Il parlar chiaro nella comunicazione medica*, Carocci, Roma.
- Pellizzoni L. (2011) (a cura di), *Conflitti ambientali. Esperti, politica e istituzioni nelle controversie ecologiche*, il Mulino, Bologna.
- Rosso P. (2000), *La nascita della scienza moderna in Europa*, Laterza, Roma-Bari.
- Salvadori F., Vignaud L.H (2019), *Antivax. La résistance aux vaccins du XVIII siècle à nos jours*, Vendémiaire, Parigi.
- Scamuzzi, S., Tiplado, G., a cura di (2015), *Apriti scienza*, il Mulino, Bologna.
- Tognotti E. (2020), *Vaccinare i bambini tra obbligo e persuasione: tre secoli di controversie*, FrancoAngeli, Milano.
- Tiplado G. (2019), *La società della pseudoscienza*, il Mulino, Bologna.
- Vicarelli G. (2013) (a cura di), *Cura e salute, Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.
- Vicarelli G. (2016) (a cura di), *Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere*, il Mulino, Bologna.
- Vicarelli G., Giarelli G. (2021), *Libro Bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid-19*, FrancoAngeli, Milano.

Identità, rappresentazioni e significati nella controversia vaccinale. Una ricerca mixed-methods

di Irene Psaroudakis

Introduzione

Nel quadro di una riflessione sul ruolo della scienza, il dibattito culturale sulla contrapposizione tra posizioni vacciniste e antivacciniste – o, in maniera più ampia, tra discipline scientifiche e pseudo-scientifiche – appare particolarmente complesso alla luce della crescente rilevanza assunta dall'individualismo nelle società contemporanee, nonché dei conseguenti meccanismi di *agency* fondati sui processi di relativismo. Anche per questa ragione è opportuno discutere l'ambivalenza che caratterizza la controversia, i cui esiti si declinano sia in chiave comunicativa sia nei termini di affiliazione, e comprendere il modo in cui questi ineriscono alla questione della *identity construction* nell'ambito di un *processo sociale* (una pratica del *Self*, e un rituale di azione) espresso attraverso modalità relazionali fortemente simboliche.

Il topic dell'*identity issue*, correlato all'*health-care (health issue)*, risulta amplificato nella sua dimensione di senso a seguito dell'impatto emergenziale della pandemia da Covid-19, imponendo un maggiore livello di attenzione a cui le scienze umane (ma non solo) stanno cercando di offrire chiavi di interpretazione inedite. In questo contesto in continua evoluzione, alcune tipizzazioni relative alla costruzione del Sé (scientifico, esperto, consapevole, esitante) si accentuano, anche in virtù della riscoperta della centralità agita dalla scienza nell'*everyday life*, oltre il dualismo tra tecnica (tecnocrazia) e tecnologia: rispetto allo status emozionale, alla condizione socio-economica, alla definizione delle libertà individuali, all'appartenenza alla comunità, alla gestione del proprio corpo. L'attualità enfatizza così la presenza pregressa di alcuni aspetti critici, approfondendo il significato attribuito (*meaning-making*) non solo al sapere, ma pure ai concetti di "salute" e di "salute pubblica".

Il presente capitolo si inserisce in questo *framework* multidimensionale, perseguendo l'obiettivo di interpretare le informazioni ottenute nell'ambito del Progetto "Saperi esperti in discussione", e di integrarli assumendo una

prospettiva costruzionista. Il lavoro dà infatti ragione dell'approccio *mixed-methods* utilizzato, e deriva dalle suggestioni tipiche del contributo teorico e metodologico dell'Interazionismo Simbolico (IS) nel tentativo di comprendere i processi di definizione identitaria (“pro-vax”, “no-vax”, e “*hesitancy*”), a partire da una disamina delle dinamiche di attribuzione di significato alla scelta vaccinale come emerse dai risultati nella fase qualitativa dello studio.

Il contributo si articola in quattro parti. Nella prima il lettore è introdotto al modo in cui gli attori sociali significano i processi di salute pubblica, e quindi al *ruolo* della pratica vaccinale nel *setting* comunitario, mettendo in atto prassi relazionali di presentazione del Sé. Una breve disamina dell'apporto del metodo di indagine non-standard in area medica e con riferimento alla propensione al vaccino diventa l'escamotage per collocare la rilevazione qui descritta, delimitando la cornice di senso che verrà successivamente analizzata nel dettaglio. Nel terzo paragrafo, un'analisi tematica e interpretativa approfondisce i risultati ottenuti, ricostruendo una serie di ambiti concettuali e unità semantiche finalizzati a delineare una sorta di ideal-tipo dell'identità no-vax e vax-*hesitancy*, correlata ad alcuni degli elementi più tipici della letteratura interazionista. Nella parte conclusiva la riflessione apre alla questione pandemica, riconoscendo come la diffusione mondiale del virus da SARS-CoV-2, con le sue conseguenze drammatiche, imponga la ri-concettualizzazione e la ri-organizzazione della promozione (comunicazione) vaccinale e dei rituali di salute pubblica, grazie all'assunzione di uno sguardo di lungo periodo che realizzi l'esigenza di una *governance* condivisa.

Per una simbolizzazione del concetto di salute pubblica

L'atto costitutivo della World Health Organization (WHO), risalente al 1946, descrive la salute come «*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*», riflettendone l'attributo di multidimensionalità e il requisito pubblico di equa garanzia per tutta la popolazione. Se nell'area della salute pubblica rientrano, tra le varie indicazioni, anche le politiche sull'acqua, sul cibo e sul monitoraggio dell'aria, in questa prospettiva i vaccini devono essere considerati una pietra fondamentale delle *public health policies*, che mirano a proteggere la salute e il benessere di tutti i cittadini: per la responsabilità condivisa diretta al perseguimento del bene collettivo, anche a fronte di limitazioni delle preferenze o delle libertà personali. Inoltre lo *Strategic Group of Experts on Immunization* (SAGE), nel *Global Active Action Plan*, riconosce la necessità che i progressi raggiunti nei piani di azione sui vaccini globali e regionali siano oggetto di un monitoraggio e di una revisione annua-

le, come domandato dall'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA), allo scopo di poter eventualmente riorientare in maniera più efficiente le *policies* vaccinali. Questo in quanto la WHO, a proposito dei vaccini e della loro domanda, identifica l'immunizzazione come un diritto ma anche un onere degli individui e delle comunità (WHO, 2014; 2019).

Il discorso pone ragioni pratiche e valoriali. Ortmann e Iskander (2013) ricordano come quella che definiscono "l'etica della vaccinazione" coinvolga una varietà di questioni, a partire dal riconoscimento che il tema vaccinale inerisce all'area della salute pubblica, ma anche gli individui: rispetto alla dimensione della scelta, a come gli attori declinano la solidarietà comunitaria, ma anche la pratica democratica e l'esercizio dell'autonomia individuale. Perciò l'etica stessa (e, quindi, la responsabilità) diventa il perno su cui si realizzano prese di posizione, convinzioni personali, e politiche pubbliche: riguardo al consenso (della società verso le politiche vaccinali) e alla trasparenza (nella comunicazione informata), con ovvie ricadute in chiave di fiducia (*trust*) e di *confidence* rispetto al sistema sanitario, considerato nell'insieme delle sue componenti. La questione è percepita adesso con più forza, a seguito dell'epidemia da Coronavirus e delle sue drammatiche conseguenze su scala globale. Ciò che è accaduto ha rappresentato un *turning point* nelle ritualità (interazionali) e nelle routine (pratiche di igiene e di gestione della salute), come nelle simbolizzazioni – si pensi all'uso dei dispositivi di protezione individuale come oggetto di promozione di salute pubblica, ma anche alla rappresentazione estetica e mediatica di nuove modalità di negazione (dell'esistenza stessa del virus, dell'efficacia degli strumenti di contrasto, del management del proprio corpo, e quindi del proprio Sé) – che hanno amplificato la controversia sui vaccini e il dibattito sul ruolo della scienza.

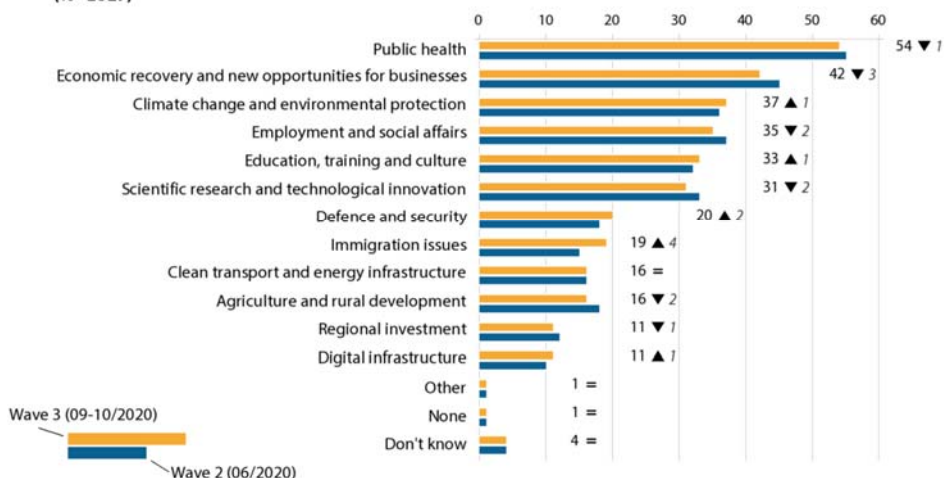
Partiamo considerando alcuni dati che fotografano l'atteggiamento della cittadinanza europea verso i vaccini in generale, e verso le strategie di contrasto alla pandemia in particolare.

La Commissione Europea, nel report *Europeans' attitudes towards vaccination* (2019), rileva come in Europa e nel Regno Unito la maggioranza tra il pubblico e gli operatori sanitari ritenga che i vaccini siano importanti, sicuri ed efficaci (in Italia, con percentuali rispettivamente di 91,1% e 87,5%), esprimendo un grado di fiducia in crescita nel biennio 2018-2020. È un fatto cruciale, in quanto il livello di *confidence* verso questi strumenti assume oggi una rilevanza primaria per la diffusione del vaccino contro il Covid-19, e quindi per il raggiungimento di un'immunità in grado di arrestare la pandemia. Per questo motivo la Commissione suggerisce un monitoraggio continuo dei possibili cambiamenti nell'ambito della fiducia, da ripristinare in vista della distribuzione del vaccino contro il coronavirus, e quindi per la salvaguardia della salute pubblica mondiale.

A corroborare tali considerazioni, riportiamo gli esiti della terza indagine Eurobarometro *Public Opinion in the EU in Times of Covid-19* (2020), condotta dal Parlamento Europeo nel periodo tra il 25 settembre e il 7 ottobre 2020. Secondo il report, il 48% dei rispondenti ha indicato che la priorità dell'Unione Europea deve essere quella di assicurare forniture mediche adeguate per tutti gli Stati membri, mentre il 34% (distribuiti su 12 Paesi membri) ha posto la necessità di allocare risorse allo sviluppo di un vaccino efficace. Rispetto al diffondersi della seconda (giugno 2020) e alla terza ondata pandemica (da settembre-ottobre), la salute pubblica diventa l'elemento primario di investimento dei fondi europei, seguito dalla necessità di ripresa economica (Tab. 1): per l'Italia, il 55% ha orientato la propria risposta in chiave di *public health*.

Tab. 1 – Richiesta di investimenti budget europeo in tempo di Covid. Eurobarometro 2020

Q10 Given the current context, on which of the following would you like the EU budget to be spent? (MAX. 4 ANSWERS) (% - EU27)



In questo quadro sistemico si inserisce la nostra analisi sulla propensione alla vaccinazione, sulla costruzione di un sapere informato, e sulle relative controversie a seguito dell'approvazione della Legge n. 119/2017, la c.d. Legge Lorenzin che ha collocato il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) assieme ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il decreto vaccini, oltre a stabilire un rigoroso calendario, ha previsto l'obbligo vaccinale per la fascia di minori di età compresa tra 0 e 16 anni per dieci patologie (poliomielite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, *Haemophilus influenzae* tipo B, morbillo, rosolia, parotite, varicella), a cui si aggiunge la forte raccomandazione di altre quattro vaccinazioni in offerta attiva e gratuita. Nel medesimo PNPV si indica così l'offerta del vaccino contro l'HPV, e quello anti-meningococcica tetravalente (meningococco B, meningococco

C, pneumococco e rotavirus), nel perseguimento di una protezione della popolazione più ampia possibile. Il legislatore prevede, inoltre, l'esclusione dei bambini dai nidi e dalle scuole di infanzia, nonché il pagamento di una sanzione, in caso di inadempienza. A ciò si aggiunge l'esigenza del vaccino contro il virus da SARS-CoV-2, che al momento della realizzazione dell'indagine non aveva ancora raggiunto la fase sperimentale ma che ha comunque introdotto una serie di interrogativi e criticità in merito alla sua distribuzione, e una riflessione sulle strategie più efficaci da adottare in questi mesi – e in ottica futura – per il raggiungimento di una copertura più elevata possibile.

La sensibilizzazione verso tematiche che ineriscono a pratiche di salute pubblica richiede una comprensione degli item per cui si verifica una convergenza tra gli interessi individuali e i bisogni della comunità. La propensione al vaccino, da intendersi come un intervento sanitario uniforme, ne è un esempio: rispetto ai benefici personali (si pensi ai vaccini per la protezione del singolo, tra cui quello per la prevenzione del tetano), e verso quelli collettivi (i vaccini che consentono il raggiungimento dell'immunità di gregge, che limitano le probabilità di contrarre malattie potenzialmente letali in soggetti fragili, o che operano per il contenimento di condizioni pandemiche). Il dibattito mette in luce le conseguenze dei processi di individualizzazione (Giddens, 1991; Beck, 1992; Bauman, 1999), che si pongono frequentemente in contrasto con l'applicazione delle politiche pubbliche. Inoltre, la rapida diffusione delle informazioni facilitata da una società iperconnessa (online e offline) ha contribuito ad amplificare la controversia pubblica connessa alla questione vaccinale, con implicazioni negli scambi comunicativi, nella formazione di una conoscenza informata, nella distinzione tra sapere professionale e sapere esperto. L'argomento mostra un elevato grado di complessità, perché chiama in causa la dialettica sul ruolo della ricerca scientifica e della conoscenza, declinate sul piano dell'expertise. Le argomentazioni si legano infatti alle aspettative circa le diverse professionalità in ambito medico (le specializzazioni, la medicina generale, l'epidemiologia, l'infermieristica etc.), nella salute pubblica (i policy-maker, i sociologi e i professionisti delle scienze umane), ma coinvolgono pure le competenze di area economica (la spesa pubblica), e nella comunicazione (per la sensibilizzazione, e la garanzia di fiducia).

Di conseguenza, la domanda di ricerca attiene a: a) le modalità in cui si esperiscono differenti nozioni (possibilità) di scelta individuale e la responsabilità collettiva nel frame della salute pubblica, e b) il modo in cui le diverse opinioni sul ruolo della scienza in generale e dei vaccini in particolare esprimono diversi significati rispetto a dimensioni sociali come la famiglia, la comunità scientifica, la salute, l'autorità, lo stato, la cultura, la comunità. E, quindi, c) come gli attori presentano la propria identità rispetto a questi *settings*, interpretando determinati *scripts* (Goffman, 1959). Se da un lato si

legittima l'importanza della ricerca nell'ambito vaccinale, parallelamente si nota come le resistenze vengano enfatizzate dai mass media, che contribuiscono alla caratterizzazione di alcune rappresentazioni del Sé nella dicotomia *vax/no-vax*.

Interpretando il dibattito attraverso la lente del costruzionismo sociale, si assiste a una modalità di presentazione identitaria che finisce per acuire i processi di frammentazione del *Self* (rispetto ai ruoli, alle attese sociali, agli attributi peculiari), dovuta anche alla presenza di una realtà sempre più vissuta nelle *media communities* (Altheide, 2000), e da un incremento dell'invasione delle istituzioni sociali nella definizione dei contorni della soggettività (Gubrium e Holstein, 2000). I dati prima citati sottolineano come l'ambito della salute sia considerato un orizzonte primario, da declinare in chiave del *frame* (Goffman, 1974) costituito dalle dinamiche di relazione nella *health-care*, i cui simboli sono mediati culturalmente. Per questa ragione, come ricordato da Cersosimo (2019), è necessario considerare come i cambiamenti socio-culturali nelle relazioni di assistenza sanitaria (anche preventiva) acquisiscono un significato crescente, sia rispetto ai loro effetti diretti e indiretti, sia nella produzione di sistemi simbolici di conoscenza e alfabetizzazione (sanitaria) e di sistemi interazionali.

E ciò avviene nell'ambito di una definizione della situazione da parte degli attori sociali: infatti, secondo la letteratura interazionista, il modo in cui i contesti sono definiti socialmente influenza le percezioni e le azioni degli individui e delle istituzioni sociali (Berger e Luckmann, 1967). Questo ha a che vedere con la maniera in cui si declinano i concetti di sapere scientifico, di salute e di benessere, e quindi con le strategie con cui i singoli vi si rapportano mettendo in pratica meccanismi identitari. L'individuo, infatti, è considerato come un attore che è attivo nell'ambiente, che interagisce con gli altri e con il proprio *Self* in maniera dinamica, in virtù di prospettive che si implementano e si trasformano nelle relazioni (Charon, 2007). Secondo Blumer, nel corso delle interazioni gli individui scambiano e costruiscono significati: prodotti sociali che sono il risultato di un processo interpretativo, in cui i singoli indicano a se stessi le cose verso cui stanno agendo, e interpretano – «*select, check, suspend, regroup and transform*» (Blumer, 1969, p. 5) – i significati in relazione alla situazione in cui agiscono, e alle direzioni delle proprie azioni.

Mead (1934) individua la comunicazione dei processi e gli scambi di simboli significativi come fattori centrali per la costruzione del *Self* sociale, e quindi dei processi di assunzione di ruolo e delle relative aspettative; è attraverso un meccanismo di tipo sociale (relazionale) che gli individui interiorizzano le convenzioni e agiscono per la comprensione di significati condivisi. Si comprende pertanto come la riflessione sui vaccini evidenzia la questione identitaria, sia riguardo la definizione di un *Self* relativo all'attributo *vax/no-vax/vax-hesitancy* (un Sé parziale che finisce per con-

figurarsi come totale), sia in relazione all'approccio (generale, contingenziale o personale) che si ha verso la concezione di salute, che si può tradurre o meno nell'assunzione di un atteggiamento di titubanza, o in un differente livello di propensione alla scelta vaccinale.

Un primo elemento è il fatto che la percezione del Sé non può essere sintetizzata in una polarizzazione tra estremi, ma si colloca in un continuum tra piena accettazione e rifiuto totale del vaccino, e in cui la radicalizzazione viene frequentemente stigmatizzata da coloro che, pur non accettando l'obbligo, si collocano in una posizione o di criticità (relativa ad alcuni vaccini specifici), oppure di esitazione, nel riconoscimento generale degli effetti benefici dell'immunizzazione collettiva. Per questo anche la nostra ricerca dà ampio spazio alla dimensione dell'*hesitancy* come attitudine nel processo di *decision-making*. Quella di "*hesitancy*" – definita da WHO (2014, p. 8) come «*delay in acceptance or refusal of vaccines despite availability of vaccine services*» – rappresenta una categoria il cui focus è mutato negli anni: se inizialmente era riferita al corpo medico, riluttante a inoculare/prescrivere un vaccino, negli ultimi decenni la titubanza ha caratterizzato in modo particolare l'atteggiamento dei genitori. La WHO ha dedicato sforzi ed energie nel comprendere come questa posizione abbia avuto impatti negativi sulla salute pubblica, riconoscendone una varietà di espressione e la dipendenza da molteplici fattori. Oltre a quelli socio-economici (temporali, di contesto) e *vaccine-based*, si evidenzia la presenza o meno di determinanti non ascrivibili soltanto a fattori individuali ma situazionali, tra i quali il c.d. "*3Cs model*" (WHO, 2014, pp. 12-13): a) la *confidence* (la fiducia nell'efficacia e sicurezza dei vaccini, nel sistema sanitario, e nelle motivazioni del policy-maker sulla loro necessità), b) la *complacency* (nel caso in cui la vaccinazione non sia considerata un'azione preventiva necessaria, la compiacenza è relativa ad altre responsabilità di salute e correlata a fattori di opportunità contingente), c) la *convenience* (la disponibilità fisica, l'accessibilità economica e la disponibilità a pagare, l'accessibilità geografica, la capacità di comprensione, l'alfabetizzazione sanitaria e l'attrattiva dei servizi di immunizzazione, tra cui la qualità del servizio di vaccinazione).

Il contributo dell'analisi non-standard nella comprensione della controversia vaccinale

Sono numerosi gli studi sull'*hesitancy* e sugli atteggiamenti comunitari circa la propensione al vaccino, che hanno il merito di cogliere i molteplici aspetti del fenomeno da una varietà di punti di vista, ricostruendone la portata in ottica longitudinale. Per ragioni di spazio e di opportunità, di seguito ne ripercorriamo solo alcuni, selezionati sulla base dell'assonanza tematica con le domande di ricerca dell'indagine.

Su scala nazionale, in ambito quantitativo si ricorda la rilevazione sulla *Parental vaccine hesitancy* compiuta nel 2016 da Giambi *et al.* (2018) su genitori di bambini di età compresa tra i 16 e i 36 mesi di età, i cui esiti in qualche modo forniscono un perimetro alla nostra indagine non-standard, indicando già alcuni *topics*. Si nota che l'83,7% dei genitori si è mostrato favorevole al vaccino (pro-vax), il 15,6% vaccinista (coloro che per varie ragioni rientrano nella categoria degli esitanti, in una collocazione intermedia tra i due poli), lo 0,7% contrario (no-vax). In generale, tutti i familiari condividono una preoccupazione circa la sicurezza dei vaccini, che ne motivano in particolar modo il rifiuto (38,1%) e l'interruzione (42,4%). Un'informazione rilevante è relativa all'elemento della fiducia: sia per i genitori pro-vax che per gli esitanti, il *trust* rappresenta uno strumento importante per la prevenzione, e gli autori suggeriscono che il sistema potrebbe trarre dei vantaggi da una comunicazione appropriata degli interventi e dalla ricezione di informazioni omogenee (anche rispetto ai rischi, non solo ai benefici). Oltre dai medici pediatri (per i pro- e gli esitanti), coloro che sono contrari traggono le proprie conoscenze da altri professionisti, o dalle associazioni a tema no-vax; tuttavia, in generale il 60,2% dei genitori usa consultare il web per acquisire informazioni, anche se non sempre in prima battuta.

Questi dati percentuali si arricchiscono grazie a una serie di considerazioni acquisite da ricerche che hanno utilizzato una metodologia qualitativa, e che hanno approfondito la tematica identitaria.

Il ruolo della scienza, anche nella definizione dei processi di salute, non ha finora costituito uno degli *stream* dell'Interazionismo, che si è limitato a discutere la questione in una parte residuale dei suoi contributi; la medesima osservazione può essere fatta in relazione a una discussione teorica circa la pratica vaccinale. Tuttavia, molti studi attingono alle direttrici proprie del costruzionismo sociale per indagare i processi di definizione della salute da parte degli individui. Tra di essi, si ricordano anche alcuni dei più significativi contributi per la disciplina interazionista, a partire da *The Awareness of Dying* di Glaser e Strauss (1965), a cui si fa risalire la prima applicazione della *Grounded Theory*. Altre indagini sono state sviluppate in ambito medico, affrontando la questione prevalentemente da un punto di vista micro, con conseguenze su larga scala (livello macro): ponendo attenzione alla relazione tra medico e paziente, alle interazioni tra membri dello staff, o alla malattia intesa come punto di svolta (Gubrium, 1980; Marzano, 2004; Bonica e Cardano, 2008). Inoltre, l'approccio *grounded* trova ampia applicazione in ambito infermieristico (*nursing*) e sanitario in generale (Charmaz, 1990; 1994; 1995), nonché nella psicologia sociale e clinica.

Rispetto alla questione vaccinale, la letteratura scientifica si è concentrata con più attenzione sulla ricostruzione storica del contesto in cui il tema è sorto, oppure si è dedicata allo sviluppo e alla definizione di alcune

dinamiche come, ad esempio, la questione della fiducia verso le istituzioni sanitarie, e il ruolo dei genitori nella scelta. A riguardo, si cita il saggio di Blume (2006) sui movimenti anti-vaccinazione (gruppi sociali fondati su una comunanza di interessi e su una medesima definizione del *Self*, correlata all'identità collettiva, con effetti di mobilitazione di massa), e sulla percezione parentale verso i vaccini: l'analisi di *case-studies* permette di sottolineare la rilevanza offerta dall'affrontare tali tematiche dal punto di vista della salute pubblica. La questione del Sé si inserisce così in una discussione teorica su una *scientific citizenship*; l'identità diventa centrale perché espressione di una *membership* (un'identità anche politica), e quindi del contrasto tra libertà individuale (diritto soggettivo) e responsabilità collettiva. Anche Ward (2016), nel suo articolo sugli *Antivaccine Movements*, soffermandosi sulle diverse sfumature con cui riferirsi alle posizioni critiche sottolinea come il tema abbia assunto nel tempo contorni sempre più politici.

Con riferimento alla situazione italiana, Gobo e Sena (2019) hanno dedicato uno studio qualitativo alle attitudini dei soggetti coinvolti nella controversia *vax/no-vax*, identificando fino a nove posizioni identitarie a cui corrispondono altrettante definizioni del *Self*, talvolta sovrapposte tra loro. Nel medesimo *framework* metodologico si colloca la anche seconda fase dell'indagine qui discussa, che ha visto il coinvolgimento di esperti e testimoni privilegiati in area *no-vax*. Le informazioni raccolte hanno restituito una narrazione (una rappresentazione) densa di sfumature (caratterizzanti altrettanti *Self* parziali), che contribuiscono alla definizione identitaria dei soggetti coinvolti, e che riferiscono in primo luogo al vocabolario di motivi che concorre alla costruzione delle soggettività. Si riconosce il ruolo svolto dai mezzi di comunicazione, dal sistema sanitario, dalle autorità (politiche e non) e dalla formazione sia nella declinazione del concetto di salute, sia nella costituzione di identità consapevoli, capaci di discutere in maniera critica la diffusione di eventuali false credenze (stereotipi) e/o di arginare la mancanza di fiducia verso la comunità scientifica. Oppure, di sostenere posizioni opposte, mettendo in atto specifiche strategie del Sé.

In generale, il peso agito dalla comunicazione nella costituzione di tipizzazioni e stereotipi, nonché nella costruzione di una consapevolezza e di un sapere informato, è generalmente esiziale (per una più accurata osservazione, si rimanda al capitolo di Mele *et. al.*). Lo studio qualitativo di Comunello *et al.* (2017), ad esempio, si concentra sui processi di *sense-giving* connessi all'idea di scienza nel dibattito sui vaccini infantili tra utenti Facebook, dando spazio alle motivazioni, alle percezioni e ai processi di negoziazione sociale che avvengono negli scambi informativi e nella presentazione di sé nella piattaforma. Ciò, a partire dalla considerazione che la pervasività dei media digitali ha esteso la capacità degli attori sociali di autorappresentarsi, e quindi la disintermediazione, veicolando autonomamente contenuti, ponendosi come soggetti esperti e/o opinion leader e multipli-

cando le occasioni di interazione contenutistica non mediata da soggetti esperti. Gli autori notano una rappresentazione della questione scientifica da parte di figure non professioniste, scevra da dubbi e granitica nello stile di pensiero, cui consegue una corrispondente aspettativa sociale: in questo processo le informazioni scientifiche tendono ad acquisire carattere di news scientifiche, e le narrazioni e le rappresentazioni personali a fondersi con i dati scientifici. Con ripercussioni nelle tecnologie di percezione e di presentazione del Sé degli esponenti dell'area antivaccinale.

Se si rimanda al paragrafo seguente per un'analisi tematica dettagliata degli elementi simbolici emersi (le unità semantiche), è interessante notare come le ricerche in materia di atteggiamenti e motivazioni pro o contro la somministrazione vaccinale (Lupton, 2009; Reich, 2016) abbiano fornito una comprensione del tema che contribuisce a validare le argomentazioni discusse nel nostro studio. In particolare, la letteratura evidenzia il legame tra una possibile definizione identitaria e quello che rientra nell'espressione "*slow-vax movement*": un movimento affine, per certi versi, a quello "*slow food*", per il suo rifiuto della velocità e dell'efficienza a tutti i costi, a favore del recupero di una forma di cautela e di *actor-based attention*. Attingendo ancora al lessico tipico dell'Interazionismo Simbolico, possiamo asserire come le posizioni dicotomiche vax/no-vax si pongano come *outcomes* di interconnessioni di differenti ideologie culturali (e, quindi, di processi di attribuzione di significato), fortemente intrisi di un individualismo che si traduce in una concezione personalizzata della medicina (e della *public health*), nonché di una genitorialità altrettanto individualizzata: linee di azione, o meglio allineamenti di corsi di azione (Blumer, 1969) in opposizione alla logica della vaccinazione di massa.

Reich poi, nel volume *Calling the Shots: How Individualism Is Damaging Mass Vaccination Strategies* (2016), parte dagli esiti di una pluriennale ricerca sul campo di tipo *grounded*, tra genitori che rifiutano la vaccinazione, medici che se ne occupano, e avvocati specializzati negli ambiti della responsabilità e del risarcimento danni da vaccino. Il focus è relativo al modo in cui i genitori "informati" vengano assurti al rango di "esperti"; la rilevazione descrive come questi si confrontino con i pericoli connessi alla vaccinazione, e come la società li rappresenti come "ultimi responsabili" della salute dei figli.

The explanations parents offer for rejecting vaccines illustrate the importance parents assign to managing their children's worlds and the invisible privilege it takes to do so. They construct imagined gated communities, which, like their material counterparts, serve as symbolic and political ways of creating a safe haven from those deemed socially undesirable, while allowing parents to align themselves with those they imagine share their values, ideologies, and lifestyle. (Reich, 2016, p. 205)

Reich sottolinea dunque l'importanza sempre maggiore di una ideologia definita "individualist parenting", una sorta di sovrastruttura ideologica per cui i genitori orientano le proprie scelte in materia di salute (e non solo) unicamente verso i propri figli, ignorando le posizioni e le esistenze altrui, facendo appello all'immunità conseguita dagli altri. L'orientamento alla libertà vaccinale configura anche una digressione in merito al concetto di salute, percepita nel senso di medicina "individualista", "personalizzata", assumendo logiche affini al marketing e tipiche della società dei consumi: una salute non più pubblica, ma declinata sul piano privato della libertà di scelta dei singoli cittadini, dal carattere autoreferenziale, secondo un individualismo solidale rivolto unicamente a coloro con cui si condivide la medesima visione. In tal senso, e rispetto al tema della sfera pubblica, il lavoro valorizza la richiesta di un'assistenza sanitaria più personalizzata che contempra una trasformazione culturale del concetto stesso (e del significato) di assistenza preventiva come declinata dal sistema sanitario pubblico, a fronte di aspettative verso un approccio vaccinale del tipo "one size fits all" (Reich, 2016; Gobo e Sena, 2019).

Vediamo ora nel dettaglio come queste considerazioni vengono "esplose" dialetticamente dai partecipanti alla nostra ricerca.

La questione identitaria come emersa dalla ricerca

La ricerca *mixed-methods* progettata nell'ambito del Progetto "Saperi esperti in discussione" è articolata in due momenti, di natura differente.

Il primo verte sull'analisi dei questionari somministrati agli studenti delle discipline mediche e infermieristiche dell'Università di Pisa e di Ferrara, che sono oggetto di discussione nel relativo capitolo a cura di Biancheri e Psaroudakis, dedicato al ruolo della formazione universitaria nella questione vaccinale. Qui ci limitiamo a notare come i dati quantitativi evidenzino il ruolo del *setting* formativo (e quindi le dinamiche di apprendimento, la significatività del tipo di expertise ricevuto, etc.) nei processi di creazione dell'opinione nelle giovani generazioni più "esperte", e come queste si relazionano con il contesto sanitario, attribuendo senso alle procedure di *health-care*, e al ruolo della scienza (medica, e oltre) nelle dinamiche di scambio simbolico e comunicativo (Blumer, 1969). Il riconoscimento dell'importanza di una cultura scientifica – nell'educazione all'assunzione di un certo vocabolario, nella definizione dell'ambito di interesse e di discussione, e nella comprensione dell'importanza dei vaccini – emerge con forza, aprendo la riflessione all'importanza del dialogo e della relazionalità, anche nella veicolazione di certi contenuti. E, dunque, al modo in cui si significano i processi individuali di scelta rispetto alla propensione ai vaccini.

Consideriamo adesso i risultati ottenuti nella prima fase come punto di partenza per lo sviluppo della seconda parte dell'indagine empirica, che nei mesi di fine primavera 2020 ha visto la realizzazione di una ricerca qualitativa orientata ad approfondire le dinamiche di costruzione di senso che contribuiscono alla definizione di un punto di vista oppositivo circa la questione vaccinale, con particolare riferimento all'obbligatorietà infantile. In questo paragrafo prendiamo in esame i risultati di un *focus group* e di una serie di interviste a una decina di esponenti antivaccinisti di provenienza eterogenea: genitori, attivisti politici, medici, avvocati. La loro testimonianza ha l'intento di creare una sorta di *balancing* con quanto già rilevato rispetto ai soggetti di area medica, e quindi orientati a utilizzare un lessico più familiare rispetto alle indicazioni di tipo scientifico-sanitario. Procedendo in questa direzione è stato possibile calarsi con maggiore attenzione all'interno della realtà più critica, agendo un meccanismo di assunzione di ruolo che ha facilitato la comprensione del vocabolario di motivi che a) dà ragione delle sfumature identitarie di contrarietà al vaccino, e b) favorisce, attraverso il *meaning-making*, la messa in pratica di rituali (comunicativi, cognitivi, di acquisizione del sapere), e di dinamiche relazionali agite in ambito sanitario (con il personale medico) e comunitario (con la collettività: gli altri genitori, i bambini, e la dimensione pubblica in generale).

Si è proceduto effettuando un'analisi tematica delle informazioni raccolte, in cui sono stati perseguiti livelli superiori di astrazione (De Castro, 2003; Charmaz, 2006): le espressioni e le proposizioni più rilevanti sono state analizzate compiendo prima una codifica iniziale e poi una codifica focalizzata, e interpretate individuando unità di significato (codici semantici, o ambiti concettuali). La rilevazione di tali unità ha dunque permesso la ricostruzione di una cornice concettuale complessiva, in cui disegnare il sistema di rappresentazioni e significati attribuiti ai vari vissuti, nonché i contenuti cognitivi ed emotivi dei partecipanti alla ricerca.

La varietà di aspetti richiamati dal tema conferma gli output degli studi sopra citati, come ad esempio il *sense-giving* (al consenso informato, alla scienza, all'obbligo vaccinale), l'identità e gli stereotipi connessi, il *role-taking* rispetto alla posizione del medico e alla responsabilità genitoriale, il rivolgimento alla comunità. Gli intervistati si sono soffermati particolarmente attorno ad alcuni *topics*, di seguito enucleati.

1. La percezione di sé come soggetti competenti e informati (l'identità);
2. Il ruolo della comunicazione e della politica nella polarizzazione identitaria (gli stereotipi);
3. Il ruolo della cura e del consenso informato (il vissuto personale);
4. La relazione medico-paziente (la fiducia);
5. Il riconoscimento dell'autorevolezza (il ruolo della scienza);

6. L'espressione della cittadinanza (la responsabilità collettiva).

Tali unità di significato non devono essere considerate a sé stanti, ma rappresentano un unicum concettuale che contribuisce a delineare il perimetro identitario – una sorta di tipo ideale – del cittadino comunemente appellato come soggetto “no-vax”. Gli *outcomes* evidenziano come la questione identitaria veda l'influenza di elementi di natura sistemica e individuale (derivati dalla significatività attribuita ai *setting* e ai vissuti personali), che possono essere racchiuse nelle tre aree già elaborate da WHO (2014): 1) contestuale (tra cui si annoverano il ruolo della comunicazione e dei mass media, i fattori culturali, storici, sociali, economici, le *policies*), nonché la percezione verso l'industria farmaceutica in particolare e il sistema sanitario in generale; 2) l'influenza relazionale (le esperienze personali, familiari o dei membri della comunità, la fiducia, le convinzioni e la consapevolezza, la responsabilità sociale); 3) l'influenza di fattori specifici legati alla vaccinazione (il calcolo rischi/benefici, la relazione medico-paziente, la persuasività del messaggio).

Proviamo brevemente a declinare questi punti.

Un primo dato da interpretare è relativo alla *rappresentazione identitaria*: l'IS (Mead, 1934; Charon, 2007) intende l'attore sociale come un essere dinamico rispetto alla definizione del proprio Sé (un processual Self) e delle situazioni secondo prospettive di senso sviluppate e modificate nelle relazioni sociali (l'intersubjectivity). I partecipanti all'indagine presentano *Selves* che non si riconoscono nella tipizzazione “vax” e “no-vax”, e quindi nella narrazione standardizzata perseguita dai mezzi di comunicazione (mass media e social networks) e dalla politica.

... mi ribello alla sigla “no-vax”, perché non credo vadano date categorie così riduttive su un fenomeno così complesso e in continua evoluzione.

... si guarda al fenomeno con tanti pregiudizi, senza capire le motivazioni che ci sono dietro. I genitori esercitano il loro diritto di cittadini.

È quindi corretto affermare l'appartenenza alla macro-categoria dell'*hesitancy*, che tuttavia non soddisfa in maniera eloquente il requisito identitario in quanto appare una semplificazione di un processo che trova nella complessità il suo principale attributo.

Noi sappiamo che una percentuale di genitori è contraria a prescindere, ma la maggior parte è caratterizzata dal termine “esitante”: termine che non vuole dire nulla. Sono genitori che non hanno avuto nemmeno l'etichetta, perché sono quelli scomodi, che pongono le domande, che vorrebbero fosse introdotto il consenso informato.

Gli intervistati rifiutano dunque con decisione, e all'unanimità, la rappresentazione che la società (l'Altro Generalizzato, per Mead) fa di loro. Al contrario, definiscono la propria identità nei termini di «*cittadini informati*» (la consapevolezza e la conoscenza sono percepiti come «*doveri*»), che impostano la riflessione dal punto di vista della libera scelta – e quindi del libero esercizio della propria cittadinanza sociale – in una maniera che esula una certa spettacolarizzazione favorita dal dibattito pubblico e politico. Il riferimento è al sistema comunicativo, o meglio ai toni di forte contrapposizione imposti dai mezzi *mainstream*, che hanno prodotto una dicotomia negativa tra le opinioni con un acuirsi delle polarizzazioni.

Due elementi testimoniano l'erroneità e la dannosità dei *processi pubblici di etichettamento* (Goffman, 1963) rispetto alla posizione vaccinale: il fatto che pochissimi si riconoscano pienamente nell'appellativo “no-vax” (uno stigma), e l'omogenea denuncia nell'unidirezionalità del dibattito. La creazione – intesa come top-down, di matrice politico-economica – di un conflitto asimmetrico, nonché di alcuni *role-models*, ha inficiato il dialogo, demistificandolo anche attraverso l'uso reiterato di espressioni che hanno assunto un ruolo rilevante nell'opinione pubblica (es. «*complotismo*»). Lo *script* ha contribuito a creare un modello identitario no-vax dalle caratteristiche negative, dalla scarsa alfabetizzazione (l'assenza di competenze), preda di pulsioni emotive e dalla pericolosità sociale: un insieme di proprietà che figurano un disagio sociale, in quanto la normativa in materia ha creato una «*comunità di valori*» che condiziona l'assunzione stessa delle scelte. Si tratta di una dinamica resa più stringente da due precisi momenti: l'introduzione della Legge 119/2017 (con l'imposizione di un calendario e del vaccino esavalente), considerata «*incoerente*», e la conseguente esclusione dei bambini non vaccinati dalle scuole di infanzia, esperita come una «*disparità sociale*». In questa prospettiva si denuncia inoltre la stereotipizzazione circa la costruzione di un sapere informato attraverso l'uso dei social networks: il livello di complessità stessa del fenomeno li rende strumenti inadeguati per una conoscenza approfondita e per una reale comprensione. Ma se, come afferma Mead (1934), l'analisi delle dinamiche sociali si lega alla comprensione del *Self*, e se gli individui possiedono la capacità di assumere l'atteggiamento della comunità per mezzo di un processo continuo di tipo simbolico, si comprende che coloro che si scostano dalle aspettative (l'accettazione acritica) finiscano per essere identificati unicamente col proprio attributo stigmatizzante (es. l'atteggiamento oppositivo, a diversi gradi), e quindi nei loro Sé parziali. Per i teorici dell'IS solo nella misura in cui un soggetto assuma gli atteggiamenti del gruppo sociale organizzato cui appartiene, rispondendo a certi requisiti di *role-playing* e *role-taking*, sviluppa un Sé completo e indiviso. In questo senso, l'interiorizzazione dell'altro generalizzato è essenziale per i processi che accompagnano la gestione delle impressioni (Goffman, 1959) e le strategie

di autocontrollo (Mead, 1925): gli intervistati si pongono come *outsiders* (Becker, 1963) rispetto alla posizione ufficiale (il sistema sanitario), che reputano vittima di interessi corporativistici. Si interpretano così il *bias* tra la rappresentazione sociale degli antivaccinisti e il modo in cui i partecipanti declinano concretamente la questione dei vaccini come «*il punto di inizio per parlare diversamente di scienza*», «*la possibilità di esprimere un parere contrario*» (libertà di opinione, espressione di coerenza), o come una modalità di «*informarsi, riflettere, confrontarsi*». Ma è una scelta che ha dei costi elevati in termini relazionali, in quanto configura un meccanismo che agisce nella selezione delle interazioni familiari (esclusione), nelle occasioni sociali dei bambini (a livello scolastico, di relazionalità tra gruppo dei pari, di accesso ad attività sportivo-ricreative) e nella gestione della cura parentale in caso di impossibilità per i figli di frequentare la scuola (il bilanciamento tra tempo familiare e tempo del lavoro e la rinuncia a esso con significative implicazioni di genere).

Dopo il 2017 la cosa peggiore è la partigianeria che non ha permesso di sviluppare un contraddittorio pieno e informato. Non c'è possibilità di ragionare sul come e quando vaccinare, vieni trattato come un criminale.

Sappiamo che la scelta motivazionale deriva sempre dal significato attribuito al *setting* sociale in generale, e ai vissuti in particolare. Anche rispetto alla nostra domanda di ricerca si adducono motivazioni culturali e politiche: esperienze e timori personali, episodi esperiti come *turning points*, attitudini familiari, un certo modo di intendere l'esercizio dei diritti soggettivi e della cittadinanza. In generale, le risposte ricevute possono essere ben sintetizzate nell'unità semantica della *fiducia*, e quindi nella relazione (percepita come assente) tra Stato, popolazione, sistema sanitario – da ricostruire attraverso modi alternativi. Fa da corollario la tematica del *dialogo tra medico e paziente*, anche riguardo all'incidenza dei vissuti personali nella determinazione della loro opinione: il tempo (la dimensione) della cura, che richiede l'analisi del caso singolo, la prassi comunicativa (l'attenzione alla persona), e quindi l'esigenza del consenso informato (la completezza e la qualità delle informazioni offerte). Gli intervistati usano la parola «*alleanza*» per descrivere il carattere del legame che deve instaurarsi, avvalorando ancora di più la dimensione del *trust*: un'interazione fondata sul requisito dell'ascolto, e quindi anche sul riconoscimento dei timori e dei dubbi altrui.

Le argomentazioni introducono al *ruolo degli esperti* e alla formazione del sapere: qual è il limite entro cui la partecipazione attiva del paziente, che assume delle competenze perché informato, può sostituirsi agli esperti, e come la delega di fiducia interviene nel definirlo. La rivendicazione del diritto di verificare l'expertise assume il senso della messa in discussione

del vincolo fiduciario – distinto dall’espressione di una forma di potere. È un *topic* delicato, in quanto da un lato prevede l’applicazione della sanzione per il professionista che non rispetta le indicazioni del Legislatore, mentre dall’altro enfatizza la relazione con il medico con cui condividere la delicatezza di una scelta che, riguardando i bambini, deve essere «*riconosciuta*» socialmente. Come per Lupton (2009), infatti, i genitori utilizzano pratiche discorsive e rituali con cui affrontano l’elemento del rischio, ed esperiscono la questione come responsabili ultimi della salute dei propri figli.

Il momento drammatico è questo, e io padre devo decidere per mio figlio cosa fare, e devo decidere per il meglio perché se poi c’è un problema io ho contribuito a rovinare la vita a una persona. E questo dibattito non si è mai aperto.

Si evoca la necessità di ricostruire un dialogo con l’autorità sanitaria: muta la posizione dello scienziato rispetto al senso comune, in quanto il ruolo dell’esperto ha finito per essere percepito come coercitivo e non collaborativo. Invece la questione del consenso informato va compresa nel quadro del dibattito epistemologico sull’incertezza scientifica: lo scarto tra la domanda di libertà e gli obblighi da ottemperare in area sanitaria – anche come cittadini, per l’interesse collettivo – può funzionare solo rispetto alla messa in discussione, e quindi alla riformulazione di un’idea tradizionale di *trust*. Tuttavia, è nell’interazione tra genitore ed esperto che si incrina, spesso, il senso del legame fiduciario, e quindi il significato stesso attribuito al ruolo del medico:

... i medici mi hanno sempre trattata come una persona che non doveva informarsi: il medico aveva diritto, in quanto medico, di scegliere per mia figlia.

Di conseguenza i partecipanti richiedono di impostare una dialettica basata sul principio di onestà (dei rischi, non solo degli elementi positivi), scevra da semplicismi e riduzionismi come la protezione della collettività tout court («*la vaccinazione non corrisponde sempre a immunizzazione*»), o dall’ottemperanza a motivazioni di altro tipo (il ruolo delle case farmaceutiche, e l’influenza che esercitano verso il policy-maker). La ragione risiede sia nella domanda di una maggiore possibilità di scelta, sia nel grado di autorevolezza riconosciuta alla *scienza* anche in ambito medico; ciò è relativo anche al livello di conoscenze che il paziente può assumere di per sé auto-riconoscendosi un’expertise (e discernendo da *fake news*), e alla diffidenza causata da alcune performances di cui si ha memoria collettiva, che hanno evidenziato l’esistenza di interessi di parte di tipo politico o economico. Il riconoscimento dell’autorevolezza e il modo in cui si forma l’opinione richiamano la duplice natura degli strumenti di informazione online. Kata (2012), a proposito delle tattiche e dei rituali comunicativi utiliz-

zati dai no-vax sul web, parla di un nuovo paradigma postmoderno dell'assistenza sanitaria basato sulla possibilità per l'utente di produrre conoscenze, e caratterizzato da tre elementi: 1) l'enfasi sulla dimensione valoriale e sulle evidenze, 2) la preoccupazione sui pericoli, e 3) l'*empowerment* del paziente informato, verso la condivisione del processo decisionale tra professionista e utente. In questo *frame* la legittimità della scienza è messa in dubbio, viene ridefinita la definizione stessa di competenza, e si assiste a una sorta di "passaggio" di potere informativo dai medici ai pazienti con conseguenze nei processi di influenza decisionale: distinguere le *fake news* diventa allora essenziale per poter mettere in atto una valutazione critica delle nozioni (e della *disinformation/misinformation*) presenti online. Al riguardo, i partecipanti lamentano ancora la stereotipizzazione del modo in cui è stato strutturato il dibattito pubblico. La considerazione è ambivalente: se da un lato si riconosce l'uso di toni talvolta eccessivi da parte di chi si pone in una posizione oppositiva, dall'altro l'attivazione di dispositivi retorici che evocano particolari fasce di fragilità (es. gli immunodepressi) al fine di implementare la sensibilizzazione alla pratica vaccinale produce effetti contrari, ed è considerata eticamente discutibile. Le risposte aprono la riflessione allo spinoso tema della *responsabilità collettiva*: a chi spetti decidere cosa rappresenti l'interesse della comunità, nel rapporto tra diritti individuali e obblighi collettivi. Il problema dei confini della libertà individuale in merito alla scelta è citato con frequenza, e viene declinato sul piano motivazionale («*non è un capriccio, né un vizio*»), e della specificità dei singoli casi; si anela l'introduzione di una obbligatorietà parziale (ad es. il monovalente contro il morbillo, per il raggiungimento della soglia di sicurezza immunitaria), che avrebbe favorito una migliore comprensione del problema da parte dei genitori, diminuendo i fenomeni di radicalizzazione e le attuali dicotomie, e una ottenuta maggiore adesione. Già Reich (2016) ha tradotto la critica verso la standardizzazione vaccinale con la richiesta di un mutamento del punto di vista della sanità pubblica, da modello uniforme e omogeneo verso un sistema assistenziale preventivo fondato su un elenco di scelte individuali. Ancora, se la resistenza alla vaccinazione può costituire una modalità (un significato) personale di intendere il diritto a utilizzare le risorse pubbliche (sanitarie) senza una condivisione di responsabilità con gli altri (ibidem), nello studio da noi condotto emerge invece la consapevolezza (la difficoltà) che l'esercizio della propria libertà personale possa ledere quella altrui. In alcuni casi, alla scelta anti vaccinale ha fatto seguito una serie di azioni a tutela della comunità («*ho ritirato mia figlia*»), mentre altri argomentano in maniera contraria, facendo leva su ragioni più politiche.

Infine, ragionare sul modo in cui si esprime la cittadinanza in rapporto alla comunità, chiama naturalmente in causa le trasformazioni sul tema vaccinale derivate dall'*emergenza pandemica*. Al momento della realizza-

zione della rilevazione il mondo scientifico stava concentrando tutte le forze nella sperimentazione di un vaccino anti-Covid, e la polemica sull'eventuale obbligatorietà non aveva ancora raggiunto il suo culmine; tuttavia, dalla discussione derivano un orientamento al ribadire l'attributo politico del vincolo, e una istanza informativa più chiara ed esaustiva. Il focalizzarsi sulla ricerca di una soluzione vaccinale in grado di contrastare il virus da SARS-CoV-2 rischia, a parere dei partecipanti, di distogliere l'attenzione dalla cura della malattia, e dall'approfondimento del dibattito. Un primo esito è relativo all'aumento della richiesta di vaccinazione anti-influenzale, la cui efficacia e sicurezza sono ritenute controverse. Il secondo evidenzia nuovamente l'uso discutibile che viene fatto dello strumento dell'obbligatorietà, in quanto l'adesione si costruisce con una comunicazione dialogica fondata sulla fiducia e non sull'applicazione coercitiva: «l'obbligo cambia lo statuto di verità della questione scientifica». Colpisce, a proposito, l'utilizzo di una terminologia più economica, nella distinzione tra vaccino come principio a sé, e il «prodotto» vaccino i cui effetti sono potenzialmente dannosi.

Pur se l'esigua numerosità di soggetti coinvolti non permette di operare generalizzazioni, i risultati raggiunti al termine della seconda fase della ricerca e il confronto con la letteratura sul tema consentono di affermare come il dibattito pro- o anti- vaccino vada affrontato attraverso l'utilizzo di un altro tipo di lessico, ovvero di una accezione alternativa dello stile comunicativo e interazionale. In generale, il sistema sanitario deve ri-orientare la propria prospettiva, nella ricerca di un modo convincente – che risponda al requisito relazionale – di integrare un messaggio scientifico, riconoscendone al contempo i lati più critici. La partita va giocata sul piano della cooperazione pubblica tra gli attori coinvolti a vario titolo, necessaria affinché le politiche sui vaccini possano ottenere una piena comprensione, e quindi un'attuazione efficiente. Il *claim* comunicativo diventa essenziale: se la puntualità e la completezza delle informazioni devono essere garantite, affinché le *policies* di salute pubblica siano efficaci deve essere costruita e mantenuta la dimensione fiduciaria, tenendo conto del *setting* comunitario (le interazioni, e i valori culturali). Come sottolineato dalla WHO (2014), l'efficacia comunicativa assume una maggiore importanza proprio nelle fasi più avanzate dei processi di immunizzazione collettiva, in quanto l'impulso motivazionale non può limitarsi all'evidenza (la presenza) della malattia: i documenti testimoniano come molte delle difficoltà incontrate, o dei focolai ancora attivi di certe patologie, siano frutto proprio di una errata valutazione delle strategie di comunicazione, e di una diminuzione della fiducia. È una considerazione che diventa ancora più fondamentale in questo preciso momento storico-sociale, in cui tutto il mondo si trova a confrontarsi con la sfida immane di una vaccinazione globale, e che richiede l'elaborazione di nuove pratiche di significato.

Conclusioni: L'impatto dell'emergenza pandemica sul dibattito

Lo straordinario impatto che la pandemia da SARS-Cov-2 ha avuto a livello micro, meso e macro ha generato una serie di *claims* che necessariamente espandono l'ambito della *social problems theory* (Best, 2018; 2020), e che orientano lo sguardo anche al futuro, oltre i rigorismi di cui lo stereotipato dualismo identitario *vax/no vax* è un'espressione. Le politiche di distanziamento sociale, le restrizioni, il cambiamento totale degli stili di vita e delle routine di *everyday life*, i rituali con cui la popolazione mondiale si è confrontata hanno profondamente mutato il senso dei vissuti, e il ruolo stesso della scienza e della comunità scientifica, che godono oggi di un diverso tipo di riconoscimento – non solo mediatico, ma soprattutto simbolico. Alle “certezze” domandate al mondo della scienza si affianca una condizione condivisa (uno status) di incertezza riguardo il profilo sanitario, economico, professionale, relazionale, e quindi identitario, nella costruzione di inediti problemi sociali di fronte a cui i modelli “classici” risultano essere inadeguati. L'attuale definizione della situazione (Berger e Luckmann, 1967) ha delineato un rovesciamento del mondo *taken-for-granted*, in cui il vocabolario di motivi adottato è più coerente con il requisito di *possibilità* (la provvisorietà), e orientato al perseguimento di nuove sicurezze, significativamente sul piano scientifico. Per questo, come già affrontato nel capitolo curato da Cervia, i *claims-makers* che identificano le problematiche attuali si trovano a dover richiedere ed elaborare nuove *social policies* (Spector e Kitsuse, 1977). Best, nel saggio che ha dedicato alla comprensione delle future conseguenze del Covid, ha convenuto come i costruzionisti non abbiano prestato sufficiente attenzione alla costruzione dei *claims* futuri, concentrandosi sulle questioni più contingenti ed eventualmente lontane (ad es. gli effetti del cambiamento climatico: Best, 2011; 2018), senza tuttavia porgere lo sguardo su una prospettiva di medio-raggio. Di conseguenza, le affermazioni sulle prossime sfide sociali tendono a essere molto meno precise rispetto ai modelli nelle scienze naturali, o a quelli medico-scientifici.

Lo dimostra la stessa narrazione offerta rispetto al diffondersi del coronavirus che, inizialmente negato da parte della classe politica, ha rappresentato la messa in pratica di un punto di vista di breve periodo. Ne è un vero e proprio *case-study* l'atteggiamento assunto dall'amministrazione Trump, che ha utilizzato la comunicazione pandemica per attirare l'attenzione su di sé; il sostegno morale ricevuto da molti sostenitori in termini di salute pubblica ha fornito una legittimità di status che ha confermato, rinforzandola, l'adozione di determinati comportamenti (Altheide, 2020). Il nesso con la nostra discussione è relativo alla performatività: identitaria in primis, ma anche connessa all'azione di dispositivi comunicativi, alle relazioni e alle informazioni attraverso cui i singoli negoziano i significati degli oggetti so-

ciali. Nella situazione pandemica i linguaggi utilizzati dai media hanno favorito un'immagine divisiva di fronte alla questione vaccinale. Ma l'adozione di una nuova normalità (anche sanitaria), che rischia di durare fino al raggiungimento dell'immunità di gregge, comporta un ripensamento in termini costruzionisti (e interazionisti) delle istituzioni, degli effetti delle politiche sulle strutture sociali, dei diversi significati culturali attribuiti ai vaccini e, in senso più ampio, alla scienza e alle sue pratiche. Anche riguardo ai social problems che hanno una ricaduta nei meccanismi di costruzione del *Self* e nei processi di *decision-making*.

In conclusione si tratta di comprendere che, nell'elaborare politiche vaccinali, la sfida etica generale è quella di bilanciare i valori concorrenti delle diverse parti interessate: scienziati e professionisti della salute pubblica, operatori sanitari e organizzazioni, e gli utenti. Si auspica una governance condivisa che, come dimostrato dalla ricerca presentata in questo capitolo, parta da una risignificazione dei propri strumenti comunicativi e del dialogo tra la componente sanitaria (la scienza, gli esperti) e i destinatari degli interventi (i cittadini, che hanno legittimo diritto di consapevolezza), fondata sulla fiducia. E, per questa ragione, appare rilevante rendere più accessibile il discorso scientifico.

L'esperienza che stiamo ancora vivendo sottolinea la necessità di un'azione proattiva, coordinata pure nelle strategie di immunizzazione. È una sfida giocata sul piano della comunità, che riporta alla dimensione valoriale; come affermano Ortmann e Iskander (2013), infatti, gli strumenti dell'etica in merito alla salute pubblica possono contribuire ad articolare una logica pubblica in grado di creare consenso sociale, che parta dal riconoscimento degli individui: perché, in ultima analisi, attribuire un senso condiviso al concetto di salute pubblica può aiutare a garantire l'efficacia di programmi vaccinali, il cui successo dipende dall'accettazione.

Riferimenti bibliografici

- Altheide D.L. (2020), *Pandemic in the Time of Trump: Digital Media Logic and Deadly Politics*, «Symbolic Interaction», 43, 3: 514-540.
- Altheide D.L. (2000), *Identity and the Definition of the Situation in a Mass-Mediated Context*, «Symbolic Interaction», 23, 1: 1-27.
- Bauman Z. (1999), *La società dell'incertezza*, il Mulino, Bologna.
- Beck U. (1992), *Risk Society: Towards a New Modernity*, Sage Publications, London.
- Becker H.S. (1963), *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, The Free Press of Glencoe, New York.
- Berger P.L., Luckmann T. (1967), *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Doubleday, New York.
- Best J. (2011), *If This Goes On ... The Rhetorical Construction of Future Problems*, in van Haaften T., Jansen H., de Jong J., and Willem Koetsenruijter W. (eds.),

- Bending Opinion: Essays on Persuasion in the Public Domain*, Netherlands, Leiden University Press, Leiden, pp. 203-217.
- Best J. (2018), *American Nightmares: Social Problems in an Anxious World*, University of California Press, Oakland, CA.
- Best J. (2020), *Middle-Range Future Claims: Constructing the Near-Future Consequences of COVID-19*, «Symbolic Interaction», 43, 3: 541-556.
- Blume S. (2006), *Anti-vaccination movements and their interpretations*, «Social science & Medicine», 62, 3: 628-42
- Blumer H. (1969), *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bonica L., Cardano M. (2008), *Punti di svolta. Analisi del mutamento biografico*, il Mulino, Bologna.
- Cersosimo G. (2019), *Interaction and Symbolism in Health Care Systems*, «Italian Sociological Review», 9, 2: 305-315.
- Charmaz K. (2006), *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Research*, Sage Publications, London.
- Charmaz K. (1990), *Discovering' Chronic Illness: Using Grounded Theory*, «Soc Sci Med.», 30, 11: 1161-1172.
- Charmaz K. (1994), *Identity Dilemmas of Chronically Ill Men*, «Sociological Quarterly», 35, 2: 269-288.
- Charmaz K. (1995), *The Body, Identity, and Self: Adapting to Impairment*, «Sociological Quarterly», 36, 4: 657-680.
- Charon, J.M. (2007), *Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration* (9th ed.), Prentice Hall, New York, NY.
- Comunello F., Mulargia S., Parisi L. (2017), *'Non guardarmi, non ti sento'. Processi di sense-giving nella controversia sui vaccini infantili tra gli utenti di Facebook*, «Problemi dell'informazione», XLII, 3: 431-458
- De Castro A. (2003), *Introduction to Giorgi's Existential Phenomenological Research Method*, «Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte», 11: 45-56.
- Eurobarometro (2019), *Europeans' attitudes towards vaccination*, disponibile al sito https://ec.europa.eu/health/vaccination/eurobarometers_it
- Eurobarometro (2020), *Public Opinion in the EU in Times of Covid-19*, disponibile al sito <https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/it/be-heard/eurobarometer/public-opinion-in-the-eu-in-time-of-coronavirus-crisis-3>
- Giambi C., Fabiani M., D'Ancona F., Ferrara L., Fiacchini D., Gallo T., Martinelli D., Pascucci M.G., Prato R., Filia A., Bella A., Del Manso M., Rizzo C., Rota M.C. (2018), *Parental vaccine hesitancy in Italy – Results from a national survey*, «Vaccine», 36: 779-787.
- Giddens A. (1991), *The consequences of modernity*, Polity Press, Cambridge.
- Glaser B.L., Strauss A.L. (1965), *The Awareness of Dying*, Aldine, Chicago.
- Gobo G., Sena B. (2019), *Oltre la polarizzazione "pro-vax" versus "no-vax". Atteggiamenti e motivazioni nel dibattito italiano sulle vaccinazioni*, «Salute e Società», XVIII, 2: 176-190.
- Goffman E. (1959), *Presentation of Self in Everyday Life*, Doubleday Anchor, Garden City, NY.

- Goffman E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Simon & Schuster, New York.
- Goffman E. (1974), *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*, Harvard University Press, Cambridge.
- Gubrium J.F. (1980), *Patient exclusion in geriatric staffings*, «The Sociological Quarterly», 21, 3: 335-347.
- Gubrium J.F., Holstein J.A. (2000), *The Self in a World of Going Concerns*, «Symbolic Interaction», 23, 2: 95-115.
- Ward J.K. (2016), *Rethinking the antivaccine movement concept: A case study of public criticism of the swine flu vaccine's safety in France*, «Social Science & Medicine», 159: 48-57.
- Kata A. (2012), *Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm. An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement*, «Vaccine», 30, 25: 3778-3789
- Lupton D. (2009), "Risk as Moral Danger: The Social and Political Function of Risk Discourse in Public Health", in Conrad P. (ed.), *Sociology of Health and Illness*, Worth, New York, pp. 460-467.
- Marzano M. (2004), *Scene finali. Morire di cancro in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Mead G.H. (1925), *The Genesis of the Self and Social Control*, «International Journal of Ethics», 35, 3:251-277
- Mead G.H. (1934). *Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Ortmann L., Iskander J. (2013), *The Role of Public Health Ethics in Vaccine Decision Making: Insights from the Centers for Disease Control and Prevention*, in Chatterjee A. (ed.), *Vaccinophobia and Vaccine Controversies of the 21st Century*, Springer, New York.
- Reich J.A. (2016), *Calling the Shots: Why Parents Reject Vaccines*, New York University Press, New York.
- Spector M., Kitsuse J.I. (1977), *Constructing Social Problems*, Cummings, Menlo Park, CA.
- WHO Regional Office for Europe (2019), *Global Active Action Plan*, disponibile al sito https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2019/october/5_GVAP_2019_Regional_reports_YB.PDF.
- WHO Regional Office for Europe (2014), *Report of the Sage Working Group on Vaccine Hesitancy, 1 October 2014, Final Review*, disponibile al sito https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

La rappresentazione dell'universo "no-vax" nella sfera pubblica digitale: una riflessione sul caso del vaccino anti COVID¹

di Vincenzo Mele, Matteo De Toffoli, Luca Serafini ed Enrico Campo

Introduzione

Il dibattito sui vaccini in Italia, così come in altri Paesi, rappresenta un caso di studio interessante per comprendere alcune dinamiche di funzionamento della sfera pubblica contemporanea. In apparenza, esso vede contrapporsi due schieramenti che esprimono posizioni totalmente inconciliabili, e pare dunque rappresentare un ulteriore momento di messa in discussione del modello razionale di sfera pubblica nel contesto delle democrazie occidentali. A tal proposito, alcuni autori hanno parlato di "regressione" della sfera pubblica (Loretoni, 2020, pp. 84-89) e della razionalità² o, ancora, hanno considerato i movimenti antivaccinisti come espressione di un nuovo atteggiamento antiscientifico (Grignolio, 2017) e populista (Barrotta, 2020). Tramite una rivalutazione teorica del modello di una sfera pubblica compiutamente razionale e un'indagine empirica sulla resa mediatica dell'universo antivaccinista, il nostro contributo cercherà di mettere in evidenza i limiti di una tale rappresentazione del fenomeno e comprendere i meccanismi attraverso i quali essa è stata costruita nell'informazione online.

Nello specifico, nel primo paragrafo discuteremo il concetto di sfera pubblica cercando un modello il più possibile adeguato al reale funzionamento della sfera pubblica mista e *online* contemporanea, nella quale la trasparenza comunicativa cede spesso il passo all'utilizzo di verità convenzionali, portando gli esseri umani a interagire attraverso tipi, generalizzazioni, definizioni *ad hoc*, etichette parziali. Il secondo paragrafo sarà dedicato alla

¹ Nonostante il saggio sia frutto di un lavoro comune degli autori, l'Introduzione e la Conclusione sono formalmente da attribuire a Luca Serafini, Matteo De Toffoli ed Enrico Campo, il primo paragrafo a Vincenzo Mele, il secondo a Luca Serafini e il terzo a Matteo De Toffoli.

² Basti pensare all'innumerevole quantità di studi incentrati sulla cosiddetta "post-verità". Paradigmatici, in questo senso, i lavori di McIntyre (2018) e, in ambito italiano, Veltri e Di Caterino (2017).

discussione dei meccanismi tipici della comunicazione *online*, che incoraggiano e rafforzano proprio gli elementi caratteristici della sfera pubblica discussi in precedenza. Il terzo e ultimo paragrafo sarà infine dedicato all'illustrazione dei risultati della nostra ricerca empirica, ovvero la ricostruzione della resa mediatica delle posizioni dell'universo antivaccinista nei confronti del vaccino anti COVID-19.

Teorie della sfera pubblica

La sfera pubblica può essere definita come quella sfera della vita sociale in cui gli individui possono discutere liberamente delle questioni sociali e quindi cercare di influenzare l'opinione pubblica sulla base dei loro orientamenti. Essa costituisce uno spazio intermedio tra lo Stato, come autorità pubblica, e la società civile, nel suo senso più stretto, come lo spazio in cui lo scambio di beni e di lavoro è regolato dalle forze del mercato. La sfera pubblica può essere pensata come «un teatro nelle società moderne in cui la partecipazione politica è attuata attraverso il dialogo» (Frazer, 1992, p. 109). Le concettualizzazioni contemporanee sulla sfera pubblica non possono evitare di fare riferimento a Jürgen Habermas e alla sua opera seminale, *Storia e critica dell'opinione pubblica* (2006 [1962]). *Öffentlichkeit*, “sfera pubblica” in tedesco, comprende diversi livelli di significato – da un concetto spaziale che indica i luoghi in cui gli attori sociali si articolano e si scambiano significati, al concetto più filosofico che si avvicina all’“uso pubblico della ragione” kantiana, che caratterizza il nucleo storico filosofico dell'Illuminismo. La sfera pubblica borghese può essere concepita come una sfera di persone private impegnate in un dibattito sulle regole generali che governano gli interessi privati ma di rilevanza pubblica, come la tassazione e la divisione sociale del lavoro. Come noto, nel suo lavoro Habermas fornisce un resoconto storico-sociologico dell'origine, del fiorire e del declino della sfera pubblica borghese basato su un dibattito e una discussione razionale e critica, in cui l'universalizzazione degli interessi privati è diventata possibile. Molti critici hanno cercato di integrare e implementare la teorizzazione di Habermas da diversi punti di vista, in particolare quelli del femminismo e della filosofia radicale³. Più in generale, David Frisby ha sostenuto che «se Habermas avesse ripreso la teoria della modernità di Simmel, si sarebbe trovato di fronte a una concezione della modernità che cercava di dimostrare il fondamento della sfera estetica nel mondo della vi-

³ I riferimenti sono ai contributi di Sheila Benhabib (1992) e Nancy Fraser (1992). Sul concetto di sfera pubblica in Habermas la letteratura è sterminata. In lingua italiana segnaliamo Affuso (2010) e Privitera (2012). Per un approfondimento nel contesto della “communication research” si veda Bracciale e Corchia (2020), cui si rimanda anche per la ricca bibliografia settoriale.

ta moderna, piuttosto che stabilire la sua separazione dalle altre sfere della vita» (Frisby, 1985, p. 52). Nella *summa* filosofica e sociologica di Habermas, la *Teoria dell'agire comunicativo*, l'arte viene rilegata alla sfera circoscritta della "validità estetico-espressiva", accanto alle sfere concettualmente dominanti della "validità scientifico-teorica" e della "validità morale-pratica". È quindi chiaro che dal punto di vista di una rigorosa teoria neokantiana dei domini di validità (rafforzata dalla teoria dei "tre mondi" della conoscenza di Popper), Habermas non poteva accettare l'approccio estetico di Simmel alla realtà sociale. E tuttavia, la concezione altamente proceduralista e razionalista dell'opinione pubblica di Habermas avrebbe potuto trarre vantaggio proprio dallo «studio delle forme di associazione» (*Untersuchungen die Formen der Vergesellschaftung*) di Simmel. In particolare, ciò che la teoria dell'opinione pubblica di Habermas sembra trascurare è la complessità emotiva ed estetica dell'interazione sociale quotidiana⁴ la quale, più che alla discorsività e alla trasparenza è orientata al *segreto* e alla costitutiva *opacità* e ambiguità.

Nella "grande" *Sociologia* di Simmel (1989 [1908]) pertanto possiamo trovare più di uno stimolo per integrare la teoria razionalistica e discorsiva della sfera pubblica di Habermas. L'impianto teorico si trova in particolare nel primo capitolo, intitolato programmaticamente *Il problema della socio-*

⁴ Il dibattito nella sfera pubblica dovrebbe soddisfare all'incirca quattro "premesse pragmatiche" secondo Habermas: l'inclusione di tutti i partecipanti interessati, la distribuzione imparziale delle opportunità di parola, la sincerità delle dichiarazioni l'assenza di vincoli esterni. Secondo Habermas tali premesse risulterebbero fondate nella prassi della comunicazione quotidiana e quindi assumerebbero il carattere di veri e propri fatti sociali (Bracciale e Corchia, 2020, p. 381). Tuttavia, tali esigenti principi più che da una pragmatica sembrerebbero derivati da una filosofia delle relazioni sociali. Tale ontologia sociale, pur rappresentando un traguardo desiderabile dal punto di vista di una teoria della democrazia partecipativa, non sembra essere uno schema interpretativo adeguato del reale funzionamento della sfera pubblica online, come Habermas stesso ha ammesso recentemente affermando che «con il medium digitalizzato [...] non è stata rivoluzionata la modalità linguistica in quanto tale, bensì la modalità della sua trasmissione e quindi perpetuazione, la portata sociale, il ritmo e la concentrazione dell'intesa comunicativa» (Habermas, 2020, p. 37). Questa rivoluzione – la terza rivoluzione del medium linguistico dopo l'introduzione della *scrittura* nelle prime società arcaiche statalmente organizzate e dopo l'introduzione della *stampa* della modernità – mette a rischio proprio la "comunanza" (*Gemeinsamkeit*) centrale per la formazione democratica dell'opinione e della volontà. In altri termini, «nel mondo virtuale e decentralizzato della rete – quindi senza l'influenza di un numero limitato di editori e di giornali nonché di lettori in grado di scegliere e valutare – come dobbiamo immaginare una sfera pubblica capace di includere la popolazione nei suoi circuiti comunicativi?» (*ibidem*). Infatti, se «i mass media classici riuscivano a canalizzare l'attenzione della popolazione mettendo a fuoco alcuni temi rilevanti; la rete digitale incrementa invece il pluralismo di piccole nicchie tramite discorsi velocizzati ma narcisisticamente ruotanti su sé stessi». In questo quadro di estrema frammentazione, si domanda in definitiva Habermas: «come faremo ad avere *opinioni pubbliche che concorrono tra loro* a rappresentare l'insieme della popolazione?» (*ivi*, p. 39).

logia. Al suo interno compare il fondamentale *excursus* su *Come è possibile la società?*, in cui Simmel ci offre alcuni strumenti interpretativi per elaborare una concezione non solo proceduralistica e *problem-solving oriented* della sfera pubblica. Il punto di partenza della sua teoria dell'esperienza sociale sta nella relazione del "me" con il "te" nell'interazione sociale che rappresenta per Simmel il problema epistemologico fondamentale del processo di associazione. Dal momento che per Simmel l'individuo si trova di fronte al fatto della presenza del «tu» nella realtà sociale, egli deve dotarsi di una «immagine» (*Bild*) chiara e costante sulla base di tre elementi fondamentali dei suoi legami associativi. In primo luogo, si deve formare una immagine dell'altro, ovvero un'immagine del «tu» con cui è associato; poi deve comprendere l'immagine che l'altro ha di lui stesso; infine deve dotarsi di una immagine riguardo la sua propria posizione nella struttura oggettiva della società. Questi costituiscono per Simmel i tre *a priori* dell'esperienza sociale sulla base dei quali si strutturano lo spazio e le relazioni sociali.

Il primo degli *a priori* sociologici teorizzati da Simmel deriva dalla constatazione che nella relazione sociale il «tu» è per definizione conoscibile solamente in maniera parziale. L'attore sociale deve pertanto costruire l'unità della sua rappresentazione dell'altro e questo avviene soprattutto in due direzioni. Da una parte nell'interazione sociale, l'immagine del «tu» è sottomessa ad un processo di generalizzazione in funzione della distanza sociale che separa il «me» dal «te». Si ha qui che la frammentarietà del «tu» possa essere integrata in un'immagine coerente che si sviluppa sulla base delle modalità secondo le quali l'altro si presenta nell'interazione. Una seconda dotazione di forma del «tu» può essere ricavata dalla costituzione delle forme tipiche dell'altro che associano gli individui ai ruoli che egli svolge nell'interazione sociale. È solo la formazione di "immagini tipiche" dell'altro che permette l'esistenza della società come «rappresentazione oggettiva di più coscienze soggettive». Con l'analisi di questo primo *a priori* Simmel introduce un concetto di «tipo sociale» che ricorda la celebre nozione di «tipo ideale» elaborata da Max Weber: anche qui abbiamo a che fare con una "finzione necessaria" alla comprensione, che avviene con una accentuazione di alcuni caratteri presenti nella realtà a scapito di altri. L'altro rimane una rappresentazione incompleta e in qualche modo "virtuale", al pari del nostro stesso Io. Noi possiamo conoscere gli altri solamente attraverso tipizzazioni, che esprimono concetti generali di appartenenza ad uno strato sociale, ad una razza o ad una nazionalità, ad una religione, ecc.

Il secondo *a priori* riguarda il rapporto dell'individuo con le immagini "tipiche" che gli altri si fanno di lui, ovvero, con un termine che Simmel ancora non usava, il rapporto dell'individuo con le "aspettative" o i "ruoli sociali". In particolare, osserva Simmel, ciascuno di noi è qualcos'altro oltre al ruolo che gli assegna la società e questo "di più" non se ne sta in ma-

niera inerte accanto al nostro essere socializzati, ma determina in pari modo il nostro essere associato. Questo a priori, sintetizzabile con l'affermazione apparentemente banale che «la vita non è del tutto sociale» (Simmel, 1989, p. 33), è alla base delle analisi delle forme di esclusione sociale che si trovano nella *Sociologia*, come quelle del Povero, del Nemico e, soprattutto, dello Straniero. Tutte queste figure, infatti, hanno in comune che la loro posizione nella società è determinata inesorabilmente da ciò che in loro non è socializzabile. Per i nostri fini, è importante sottolineare i tratti costitutivi dello straniero in quanto elemento caratteristico di ogni spazio sociale. Lo straniero è, in una certa misura, l'altro per eccellenza, ovvero colui che sfugge alla relazione ma si pone necessariamente in essa (noi ci relazioniamo necessariamente con lo straniero, lo straniero è straniero in relazione a noi): non è un tipo sociale sottratto totalmente ai legami ma non è nemmeno un elemento stabile, organico al gruppo. Lo straniero è dunque una categoria cognitiva, necessaria all'identità di ogni gruppo sociale.

Un problema analogo – che rappresenta un coerente sviluppo del secondo – si trova nell'importante capitolo della *Sociologia* sul *Il segreto e la società segreta*, che ha come presupposto proprio la non completa (e in fondo impossibile) conoscibilità dell'altro, unita alla possibilità che lui possa mentire: «se l'associazione umana è condizionata dalla capacità di parlare [...] essa è formata dalla capacità di tacere» (Simmel, 1989, p. 323). A differenza della pragmatica linguistica presupposta da Habermas, per Simmel l'attore sociale è un essere che nasconde la verità, invece di rivelarla, e incertezza e ignoranza sono le fondamenta del mondo sociale. Accordo, consenso e verità costituiscono uno *status* che è abbastanza raro da trovare nella vita sociale: Simmel osserva che solo le religioni positive e le società segrete sono effettivamente interessate a condividere le “verità”. Le forme sociali sono intrinsecamente opache, e gli esseri umani non si conoscono veramente, ma hanno interazioni mediate da tipizzazioni, generalizzazioni, codici di comportamento, emozioni, tra le quali un ruolo fondamentale è svolto dalla *fiducia*.

In realtà secondo Simmel non è tanto la verità o la sincerità alla base della pragmatica più diffusa delle interazioni della vita quotidiana, quanto piuttosto la recita e la rappresentazione di emozioni in pubblico. Proprio le emozioni, lungi dall'essere caratteristiche trascurabili e irrilevanti dello spazio sociale, vanno a costituire il fondamento delle «forme ludiche dell'associazione» (*Spielform der Vergesellschaftung*), ovvero i “giochi sociali” che si trovano alla base di molte forme di interazione. Il saggio sulla «socievolezza» (*Geselligkeit*, 1917) ne riassume in compendio tutta la complessa e importante dinamica e si rivela – ad una lettura interessata ad individuare i tratti specifici della sfera pubblica digitale contemporanea – un concetto fondamentale per interpretare diversi aspetti del comportamento on line. La “socievolezza” simmeliana comprende tutti quelle forme di

interazione sociale senza posta immediata e senza uno scopo specificamente definito che non sia il piacere del semplice stare insieme. Per Simmel i rituali che regolano le esperienze comuni che vanno dalla conversazione al pasto in comune, al corteggiamento o al codice dell'abbigliamento, possono essere considerate cornici estetiche della soggettività, forme espressive di gioco (del doppio senso della parola tedesca *Spiel* che significa gioco e rappresentazione nello stesso tempo), in cui l'identità individuale viene alleggerita dal peso tragico che incombe su di essa. Queste riflessioni sulla socievolezza e sul gioco come forma di legame sociale ci permettono anche di analizzare alcuni aspetti della nuova sfera pubblica digitale, con particolare riferimento agli effetti sulla costruzione della soggettività individuale. I social media – e più in generale alcune le forme di interazione online, considerate come “forme ludiche di associazione” nel senso di Simmel – tendono a rendere più sfumata proprio la distinzione tra spazio pubblico come ambito della ragione e spazio privato come ambito tipico dell'emotività. Questi spazi sono luoghi per la costruzione/presentazione dell'identità personale; permettono di entrare in conversazione con certi aspetti della vita personale – professionale o ludica. Essi sono «un misto di pubblico e privato, di professionale e personale, di reale e virtuale» (Gurak e Antonijevic, 2008, p. 66). La società delle reti sembra funzionare come una “lente d'ingrandimento”, amplificando l'ambivalenza culturale e le contraddizioni sociali che già caratterizzavano la modernità classica. Se uno dei temi principali della modernità culturale classica deriva – nelle parole di Georg Simmel – «dalla pretesa dell'individuo di preservare l'autonomia e l'individualità della sua esistenza di fronte alle forze preponderanti della società, della cultura e della tecnica» (Simmel, 1995 [1903], p. 32), il “sé digitale” contemporaneo deve lottare ancora più ferocemente per rimanere significativo, almeno per se stesso. Questo processo può essere descritto in termini di un nuovo regime del sé che prende le mosse dal modello culturale della modernità liberale classica ma si differenzia caratterizzandosi per una maggiore eccentricità, e per soluzioni *tailor made* nell'ambito della salute così come in quello dell'informazione scientifica e della verità (cfr. Pellizzoni, in questo volume).

Sfera pubblica online: tra tipizzazione ed estetizzazione

Sarebbe anacronistico e soprattutto poco aderente alla realtà considerare la struttura costitutivamente ibrida dei social media, che a causa delle loro *affordance*⁵ intrecciano la dimensione pubblica con quella privata (boyd,

⁵ Col termine *affordance* ci si riferisce alle proprietà latenti e funzionali delle tecnologie che fungono da cornice alla possibilità di un'azione, pur senza determinarla, da parte di chi utilizza quelle stesse tecnologie (Gibson, 1979; Hutchby, 2001).

2010; Boccia Artieri *et al.*, 2017), come ragione per definire queste stesse piattaforme un territorio “altro” rispetto alla sfera pubblica. I dati recenti testimoniano come il consumo mediale, anche in Italia, avvenga in rete molto più che su media tradizionali come la televisione⁶. Proprio il consumo mediale è, del resto, una pratica decisiva per accedere alla discussione nella sfera pubblica, che è ormai costitutivamente mediatizzata (Dahlgren, 2009) in quanto legata alla rappresentazione degli eventi da parte dei media. Numerosi studi, negli ultimi anni, hanno inoltre dimostrato come le pratiche partecipative attivate dalle affordance dei social media consentano un accesso alla discussione pubblica a soggetti che prima ne erano esclusi (Taylor-Smith, Smith e Smyth, 2018; Andretta e Bracciale, 2019).

Si può quindi affermare che esista a tutti gli effetti una sfera pubblica digitale (Schäfer, 2016), che allarga il perimetro dei partecipanti alla discussione pubblica rispetto a quanto avveniva con i media tradizionali: la rete diventa una delle arene collettive in cui si negozia la costruzione di significati condivisi.

La nostra analisi della rappresentazione mediatica delle posizioni anti-vacciniste in merito al vaccino anti COVID-19 dovrà quindi tenere conto di alcune caratteristiche peculiari di questa “nuova” sfera pubblica. In particolare, andrà preso in esame il modo in cui alcuni meccanismi di costruzione mediatica delle notizie possano non solo distorcere le reali posizioni in campo, ma talvolta addirittura dare conto di posizioni mai espresse, generando un vero e proprio cortocircuito comunicativo.

Va innanzitutto rilevato come il trasferimento della discussione pubblica in rete tenda ad accentuare i limiti del modello habermasiano prima discusso, mostrando altresì come l’impostazione simmeliana sia più adatta a comprendere i meccanismi tipici della comunicazione online. Ciò avviene per quattro ordini di ragioni, che hanno tutti a che fare con gli apriori sociali descritti da Simmel e che possiamo suddividere come segue:

1. La conoscenza “tipizzata” dell’altro, particolarmente accentuata nel contesto della cultura digitale;
2. la centralità delle emozioni nella sfera pubblica digitale;
3. i meccanismi di *gamification* che regolano le interazioni tra utenti sui social media e che quindi rilanciano l’importanza delle interazioni ludiche;
4. la polarizzazione e l’incomunicabilità tra comunità online determinata dagli algoritmi e da un consumo di informazioni che dipende in buona parte dalle reti sociali a cui si appartiene.

⁶ Dati consultabili al link: <https://wearesocial.com/it/blog/2019/01/digital-in-2019>, consultato il 12 dicembre 2020.

Tutti questi elementi, come ora vedremo, sono strettamente legati all'evoluzione dei linguaggi giornalistici sul web e, di conseguenza, alla rappresentazione mediatica degli eventi propria della rete.

In primo luogo, la conoscenza parziale dell'altro attraverso generalizzazioni, dunque l'apriori sociale simmeliano del "tipo sociale", è un fenomeno sempre più riscontrabile nella comunicazione online, a causa di alcuni fattori contestuali che influenzano la costruzione giornalistica delle notizie. L'overload informativo, sempre più accentuato sui social media (che sono, come visto, i "luoghi" principali in cui avviene il consumo di informazione), fa sì che si abbassi vertiginosamente la soglia di attenzione degli utenti (Simon 1971, tr. it. 2019; Carr 2011; Campo, 2020). Ciò porta le testate giornalistiche ad "accelerare" i propri messaggi, ovvero a renderli di più immediata comprensione, con l'obiettivo di vincere la lotta serrata per l'attenzione e massimizzare così click e ricavi. L'accelerazione dei messaggi avviene perlopiù attraverso la semplificazione degli stessi: come è stato rilevato, il linguaggio dei giornali vira ad esempio sempre più verso il polo dell'oralità, trasformandosi, attraverso l'uso di emoticon e di costruzioni semantiche tipiche del linguaggio orale, in un parlato-scritto che avvicina la lingua giornalistica a quella degli utenti (Scarfone, 2017). I titoli dei giornali, poi, sui social media risultano spesso volutamente forzati, imprecisi e sensazionalistici al solo scopo di catturare l'attenzione delle persone. Proprio la sintesi semplificata (e spesso distorta) di messaggi ben più complessi e articolati fa sì che la realtà, nella sua rappresentazione mediatica online, sia quindi spesso accessibile solo attraverso tipizzazioni e generalizzazioni.

L'informazione giornalistica online si iscrive così in un paradigma comunicativo già fortemente "tipizzato" quale quello dei social network, in cui gli utenti accedono alla conoscenza degli altri tramite profili, avatar, e in cui proliferano prodotti culturali, come i meme, che attraverso una composizione icastica di parole e immagini veicolano i messaggi in maniera diretta, immediata e, anche in questo caso, fortemente tipizzata (Shifman, 2013; Mazzoleni e Bracciale, 2019).

È evidente come questi meccanismi comunicativi, allo stesso tempo accelerativi e sintetici, poiché finalizzati a favorire un accesso quanto più possibile immediato ai contenuti informativi, facciano leva su emozioni forti e tendano a scoraggiare una lettura più approfondita. Si generano così dei «pubblici emozionali» (Higgins, 2008) e una «emozionalizzazione» della partecipazione alla discussione pubblica (Sorice, 2019: 129), anche per effetto della già citata commistione tra dimensione pubblica e privata favorita dalle *affordance* di queste piattaforme. Il nesso tra tipizzazione ed emozionalizzazione nella sfera pubblica ci rimanda, anche qui, agli apriori sociali di Simmel: non a caso, proprio in una prospettiva critica rispetto ai modelli habermasiani, diversi studiosi hanno provato a ridefinire la sfera

pubblica in rete, chiamandola «sfera pubblica postmoderna» (Lunt e Stenner, 2005) o «sfera pubblica estetica» (Sassatelli, 2012). Ciò che accomuna queste definizioni è il tentativo di ridare centralità alla dimensione emozionale come modalità di accesso alla conoscenza dell'altro e alla discussione su temi di interesse pubblico. Se Simmel collegava tale accesso emozionale alle “forme ludiche dell'associazione”, la *gamification* appare un meccanismo centrale anche nella sfera pubblica digitale. È stato rilevato, ad esempio, come lo humor (di cui i già citati meme fanno ovviamente parte) sia il registro comunicativo più usato dagli utenti del web per dare conto sia della propria realtà personale sia di quella condivisa (Highfield, 2015) e di come proprio il coinvolgimento emozionale reso possibile da una comunicazione ironica permetta ai contenuti informativi di raggiungere una audience più vasta, generalmente non interessata a temi politici o tradizionalmente associati alla sfera pubblica (Vaccari e Valeriani, 2015).

Quanto all'informazione, è evidente che il trasferimento massivo del materiale giornalistico sui social, e su Facebook in particolare, implichi l'adattamento del linguaggio ai codici della piattaforma ospitante. Facebook è un social network, a cui gli utenti accedono prevalentemente per motivi ricreativi, di svago. Se però è proprio in questo tipo di ambiente in cui vengono lette le notizie, esse stesse dovranno accentuare la loro componente ludica. Ciò significa che i contenuti informativi, su Facebook, devono essere resi quanto più possibile semplici, leggeri, divertenti, accattivanti. Si parla a un lettore come se si stesse parlando a un amico (Mezza, 2015). La *gamification* è quindi, di per sé, già un fattore che contribuisce a indirizzare le testate giornalistiche in direzione se non direttamente del sensazionalismo, per lo meno di una comunicazione più diretta, accattivante, colloquiale, amicale. Titoli e foto di impatto, abbandono di codici linguistici maggiormente tipici dei giornali cartacei in favore di un linguaggio di più semplice e immediata comprensione.

Si tratta di meccanismi che vanno nella direzione sia della “tipizzazione” che della “emozionalizzazione” come forme di accesso alla conoscenza degli altri e alla discussione pubblica. Tali meccanismi, inoltre, nell'ambito della comunicazione online hanno un diretto collegamento con le dinamiche di polarizzazione e con la configurazione omofilica delle reti sociali. Per Simmel, come visto, nel contesto di una conoscenza parziale e non completamente “socializzabile” dell'altro, anche lo straniero si configura come una categoria cognitiva, un apriori sociale che ha la funzione di definire l'identità di un gruppo in relazione a ciò che è ad esso esterno, ma con cui quel gruppo in ogni caso non può evitare di relazionarsi. Nel contesto della comunicazione in rete, possiamo affermare che ogni gruppo può diventare “straniero” per l'altro. Come è noto, è in particolare l'algoritmo di Facebook a premiare una comunicazione basata sulla viralità dei contenuti. Ma i contenuti a maggior tasso di viralità sono tendenzialmente quelli più

in grado di agire sulla sfera emozionale e di generare reazioni forti quali rabbia, indignazione, eccitazione, entusiasmo, che poi si traducono in interazioni, click e condivisioni (Arielli e Bottazzini, 2018). Si tratta, quindi, di contenuti già di per sé semplificati, resi di immediata comprensione, emozionalizzati, che per giunta raggiungono gli utenti in maniera personalizzata e sulla base della conformazione delle loro reti sociali. Poiché gli algoritmi, infatti, filtrano il materiale sulla base del principio di personalizzazione, gli utenti vengono selettivamente esposti a contenuti in linea col sistema di credenze proprio e della rete sociale a cui appartengono. Si generano così delle «camere dell'eco» (Pariser, 2011) sempre più simili a vere e proprie tribù online, in cui il rafforzamento continuo dell'identità di gruppo rende sempre più difficile il confronto tra opinioni discordanti, arrivando a mettere in pericolo i principi alla base di una sana discussione democratica nella sfera pubblica (Sunstein, 2017). Gli algoritmi, agendo come intermediari invisibili, operano così una reintermediazione (Giacomini, 2018) in cui il consumo "filtrato" di informazioni produce vere e proprie bolle ideologiche (Klinger e Svensson, 2018).

Ai fini dell'analisi della resa mediatica delle posizioni antivacciniste in relazione al vaccino anti COVID, che sarà oggetto della prossima sezione, ciò che ci interessa sottolineare è come la semplificazione dei contenuti giornalistici possa contribuire a gonfiare ulteriormente le bolle ideologiche della rete, aggravando il problema dell'incomunicabilità tra gruppi fortemente polarizzati. La necessità di proporre contenuti che generino interazioni, porta spesso le testate giornalistiche a selezionare le informazioni sulla base di un "principio di viralità", per il quale è considerato notiziabile ciò che può essere premiato dagli algoritmi. Più che il resoconto oggettivo dei fatti, conta allora una costruzione emozionale della notizia che spesso, però, ha l'effetto di riportare posizioni complesse in maniera eccessivamente semplificata e finanche caricaturale. Tutto questo ha l'effetto di gonfiare le bolle ideologiche e di trasformare ad esempio i titoli degli articoli in significanti privi di referenti, "simulacri" che hanno il compito non di dar conto di eventi, ma di soffiare sul fuoco di una contrapposizione tribale che porta interazioni, click e ricavi.

I processi sin qui descritti rendono in ogni caso chiaro come tutti e tre gli apriori sociali di Simmel non solo trovino un riscontro nei meccanismi di costruzione della sfera pubblica digitale, ma siano intrecciati l'uno con l'altro. La tipizzazione, effetto della semplificazione estrema dei messaggi, ha come scopo quello di rendere quanto più immediata possibile la comunicazione. L'immediatezza rimanda alla sfera emozionale la quale però, nel contesto delle reti sociali omofile e delle camere dell'eco, si trasforma spesso in una iper-emozionalizzazione che non permette più di comprendere i messaggi altrui. In questo contesto, la costruzione "tipificata" dei contenuti mediali, che spesso non rimanda a nulla di reale e oggettivo, rafforza

una contrapposizione tra schieramenti basata su pregiudizi puntualmente confermati da ciò a cui gli utenti sono esposti. Inevitabilmente, ogni gruppo finisce con l'essere per l'altro uno straniero.

Il caso di studio: antivaccinisti e vaccino nella rappresentazione mediatica online

Per analizzare la rappresentazione mediatica del fenomeno antivaccinista in riferimento al vaccino anti COVID-19 nella sfera pubblica digitale, abbiamo sottoposto a un'analisi del contenuto qualitativa una raccolta di articoli apparsi su diversi blog e testate giornalistiche online italiane nel periodo compreso tra il primo gennaio 2020 e l'8 novembre 2020 (il giorno precedente l'annuncio di Pfizer-BioNTech relativo al successo della sperimentazione del loro vaccino).

Attraverso una ricerca effettuata su Google News abbiamo raccolto tutti i contenuti rispondenti alle *query* “no vax vaccino covid”, “free vax vaccino covid”, “anti vax vaccino covid” (con le rispettive variazioni⁷), raccogliendo all'incirca 300 documenti. Il corpus di testi così raccolto è stato poi sottoposto a una lettura analitica atta a espungere gli articoli non attinenti all'oggetto di ricerca – ovvero quelli in cui il riferimento alle posizioni antivacciniste nei confronti del vaccino per il COVID-19 fosse assente o limitare – nonché eventuali copie o duplicati presenti nella raccolta. Al termine di questo secondo processo di selezione, il corpus è risultato notevolmente ridotto, arrivando a comprendere 55 articoli. Utilizzando come criterio discriminante il contesto all'interno del quale è stato affrontato il tema in esame, abbiamo infine sottoposto la raccolta a un'analisi tematica, che ci ha permesso di suddividere il corpus in quattro sottoinsiemi, corrispondenti a quattro categorie di contenuti riportati dai media:

1. dichiarazioni di esponenti “pro-vax” che ironizzano sul silenzio dei “no-vax” o sulla loro volontà di accettare la futura vaccinazione (11 articoli);
2. attacchi social (*shitstorms*) di utenti “no-vax” ad alcune pagine social di personaggi o istituzioni implicate nello sviluppo o nella sperimentazione del vaccino (16 articoli);
3. dichiarazioni di esponenti ricondotti all'universo “no-vax” (16 articoli);
4. posizioni assunte e/o strategie perseguite dai “no-vax” in contrasto al vaccino anti COVID-19 (11 articoli).

⁷ Al fine di rendere conto della loro variabilità morfologica, le espressioni “no vax”, “free vax” e “anti vax” sono state ricercate (congiuntamente a “vaccino covid”) con due variazioni ciascuna: “no-vax”, “novax”, “free-vax”, “freevax”, “anti-vax”, “antivax”; portando il numero delle chiavi di ricerca a un totale di nove.

Prima di procedere alla discussione delle differenti rappresentazioni del fenomeno antivaccinista all'interno dei suddetti sottoinsiemi è opportuno mettere in luce alcune caratteristiche complessive della raccolta, nonché una prima serie di osservazioni che la caratterizzano nella sua generalità.

Alcune osservazioni generali

Nonostante ciascuna delle categorie di articoli qualificati in modo specifico il fenomeno antivaccinista, una prima osservazione delle espressioni adoperate per descriverlo all'interno della raccolta nel suo complesso ci ha permesso di isolare alcuni elementi trasversali alla sua generale resa mediatica:

- a. il raggruppamento di tutti gli attori e i gruppi critici o contrari ai vaccini sotto l'etichetta onnicomprensiva "No Vax";
- b. l'assenza di una chiarificazione o articolazione delle posizioni a essi attribuite;
- c. una connotazione tendenzialmente negativa e derisoria dell'universo "No Vax" nel suo complesso.

Specificamente, nel tentativo di identificare i termini maggiormente adoperati per qualificare l'universo dei contrari o critici dei vaccini, abbiamo calcolato le occorrenze delle espressioni precedentemente utilizzate come chiavi di ricerca, nonché quelle a esse correlate (come "antivaccinisti" o "antivaccinismo"). I risultati hanno mostrato una schiacciante preponderanza dell'espressione "no-vax" (191 occorrenze), a fronte di un ben più esiguo utilizzo delle variazioni della radice "antivaccinis*" (gli aggettivi "antivaccinista", "antivaccinisti", "antivacciniste" e il sostantivo "antivaccinismo"; con 30 occorrenze), o ancora dalle espressioni "anti-vax" e "free-vax" (21 e 5 occorrenze).

Per quanto l'accostamento, o finanche l'uso sinonimico, delle espressioni "no-vax" e "anti-vax/ccinisti" possa considerarsi giustificabile alla luce dell'idea, da entrambe veicolata, di una netta contrarietà alla vaccinazione, l'utilizzo della locuzione "free-vax" all'interno di questo contesto ha tuttavia suggerito che la rappresentazione del fenomeno in esame fosse viziata da un'eccessiva semplificazione. Benché esigui nel numero (quattro su cinquantotto), i casi in cui le espressioni "no-vax" e "free-vax" occorrono nel medesimo articolo hanno rivelato una certa confusione nel riportare le due posizioni⁸, rispettivamente caratterizzate dalla contrarietà ai vaccini

⁸ Negli articoli considerati, l'espressione "free-vax" viene attribuita a teorie, gruppi e attori che altrove (talvolta nel medesimo luogo) sono etichettati come "no-vax"; in assenza, tuttavia, di chiarificazioni in merito alla distinzione tra le due definizioni o un criterio giustificante la loro sovrapposizione.

in quanto tali e dalla contrarietà all'obbligatorietà della loro somministrazione. Anche rivolgendo lo sguardo alla raccolta nel suo complesso, il riferimento a questo (tutt'altro che trascurabile) discrimine è risultato pressoché assente, se non addirittura fuorviante: accenni più specifici alla contrarietà nei confronti *dei vaccini in generale* o *dell'obbligatorietà della somministrazione* sono stati riscontrati in soli otto articoli della raccolta, e non sempre hanno risposto alla logica soggiacente la distinzione “no-vax”/“free-vax”. Nello specifico, la contrarietà ai vaccini è sempre stata attribuita ai cosiddetti “No Vax” (definiti «contrari» o «nemici dei vaccini»); tuttavia, all'interno della stessa categoria sono stati annoverati anche esponenti critici dell'obbligatorietà, ma dichiaratamente non contrari alla vaccinazione in sé⁹.

In linea generale abbiamo visto confermata una tendenza già osservata nell'ambiente italiano (Gobo e Sena, 2019): quella per cui la copertura mediatica del dibattito sulle vaccinazioni soffre di un sostanziale “appiattimento” sulla dicotomia “pro-vax”/“no-vax”. Per quanto apparentemente esplicativa, essa infatti altro non è che un «artefatto mediatico» (*ivi*, p. 176) incapace di rendere conto del complesso e diversificato *continuum* delle posizioni in campo. Gli atteggiamenti sulla vaccinazione, infatti, oscillano sì da una loro incondizionata accettazione a un loro totale rifiuto, ma passano anche e soprattutto per un articolato spettro di “critici” o “esitanti” (Dubé *et al.*, 2014; MacDonald, 2015), variamente concentrati su aspetti più specifici della vaccinazione: le varie forme di obbligatorietà, le somministrazioni plurivalenti, la composizione dei vaccini, la calendarizzazione della somministrazione o la “personalizzazione” della politica vaccinale¹⁰. In questo contesto, la posizione egemonica del fronte “pro-vax” (Gobo e Sena, 2019, p. 181) rafforza le distorsioni nella rappresentazione del fenomeno “No Vax” all'interno della sfera pubblica digitale. Non è dunque stupefacente riscontrare che, nella nostra raccolta, la rappresentazione di quest'ultimo sia stata caratterizzata da un tono spiccatamente negativo, e non di rado tendente al derisorio. Il fronte antivaccinista è stato variamente descritto attraverso le categorie di antisecolarismo, complottismo, fanatismo, intolleranza, imbecillità e ignoranza; mentre le sue teorie e posizioni etichettate come fantasiose e assurde, ricondotte a balle, bufale o “cazzate”. Sono state riscontrate, infine, associazioni automatiche (e non argomentate)

⁹ Paradigmatica è, in questo senso, la rettifica del Movimento Genitori Lombardia riportata in calce a un articolo della testata «The Vision», rea di aver associato le rappresentanti del movimento al termine “no-vax”, quando «le suddette hanno espressamente dichiarato di non essere, né loro né l'Associazione da esse rappresentata, contrarie ai vaccini» (Poldi, 2020).

¹⁰ Per una più precisa ricostruzione di questo spettro si rimanda al lavoro di Gobo e Sena (2019), che ne propongono una classificazione articolata in nove posizioni, in cui le etichette “pro-vax” e “no-vax” rappresentano soltanto gli estremi.

tra i critici/contrari ai vaccini e altri movimenti ritenuti a essi affini: dai cosiddetti “No Mask” ai negazionisti del COVID, dai complottisti agli anti-5G, fino ai terrapiattisti o ai rettiliani.

In conclusione, qualunque sia la posizione attribuita ai critici/contrari alle vaccinazioni in riferimento al vaccino anti COVID-19, essi sono stati identificati tramite un’espressione (“No Vax”) solo apparentemente non problematica e capace di indicare con sufficiente precisione una certa componente dell’opinione pubblica. Tuttavia, a uno sguardo più attento, essa si è rivelata tutt’al più un “significante vuoto” (Laclau, 1996), un simulacro semantico caratterizzato da una pura negatività nei confronti di quegli standard di razionalità che si ritenga debbano, quantomeno idealmente, guidare la discussione pubblica – o ancora, nei termini di Simmel: uno straniero, un qualcosa di costitutivamente altro. Ciò è tanto più vero alla luce del fatto che la posizione degli antivaccinisti – come emergerà nella discussione dei sottoinsiemi della raccolta – è stata non tanto *riportata* dai media, quanto *inferita* sulla base di fonti indebitamente assunte a rappresentative dell’universo “No Vax” nel suo complesso.

Primo sottoinsieme: silenzi e ripensamenti

Negli undici articoli del primo sottoinsieme – pubblicati per lo più nei primissimi mesi del 2020 – la copertura mediatica del rapporto tra i “No Vax” e il vaccino anti COVID-19 si è sviluppata intorno all’idea (o la speranza) che, di fronte all’avanzata del SARS-CoV-2, persino quelli si sarebbero arresi alla necessità della vaccinazione. Ora ironizzando sul silenzio al quale la pandemia li avrebbe costretti («I no vax si sono sciolti come neve al sole»¹¹), ora prefigurando un loro ripensamento («Subito il vaccino per vedere i no vax implorarlo in ginocchio»¹²; «Il coronavirus metterà a tacere le polemiche no vax per sempre»¹³), gli articoli hanno suggerito un clamoroso, e altamente notiziabile, dietrofront dei “No Vax” in merito all’inutilità o alla nocività dei vaccini.

Questa attribuzione, tuttavia, ha poggiato prevalentemente sulle dichiarazioni di attori radicalmente esterni al mondo “no-vax” – quali virologi, immunologi o medici “pro-vax” – e soltanto in minima parte sulle voci dei diretti interessati; e persino in questi ultimi casi la posizione dei “no-vax” appariva in buona misura artefatta. Solo in quattro articoli dei sedici vengono riportate posizioni di soggetti vagamente riconducibili all’universo “No Vax”: di questi, due hanno riportato le parole di alcune donne statunitensi dichiaratesi più possibiliste nei confronti della vaccinazione a fronte

¹¹ Silvestri (2020).

¹² Angeletti (2020); Adkronos (2020a).

¹³ Curridori (2020).

della crisi pandemica; un altro riprende il post di un utente “no-vax” che dichiara di volersi vaccinare perché il virus è un’invenzione atta ad uccidere i “no-vax” che non si vorranno vaccinare; infine, l’ultimo richiama a un’esternazione di Beppe Grillo, che sottolinea l’importanza strategica di trovare un vaccino. In questi articoli, attraverso un’operazione che potremmo definire “sineddotica”, le suddette dichiarazioni sono diventate surrettiziamente rappresentative dell’intera categoria, arrivando a giustificare titoli dal tono marcatamente sensazionalistico quali: «Coronavirus, No-Vax cambiano idea sul vaccino»; «Il coronavirus sta facendo ricredere gli anti-vaccinisti?»; «Com’è che adesso i no vax invocano il vaccino?»; «Ora si vogliono tutti vaccinare contro il COVID19»¹⁴.

Secondo sottoinsieme: shitstorms

I sedici articoli del secondo sottoinsieme hanno documentato le “tempeste” di insulti e critiche – le cosiddette *shitstorms* – che nei mesi centrali del 2020 hanno preso di mira le pagine Facebook di Nicola Zingaretti, Roberto Speranza, Luca Zaia, dell’Istituto Spallanzani e della Federazione Italiana dei Medici Pediatri. In risposta agli annunci relativi alla promozione del vaccino anti-influenzale, alle sperimentazioni di un vaccino anti COVID-19 o all’accordo raggiunto con la produttrice AstraZeneca, secondo questi articoli, la bolla social dei “No Vax” si sarebbe scatenata scaricando su quei profili decine, centinaia o migliaia di feroci commenti, variamente incentrati sulla nocività dei vaccini, sulla contrarietà all’obbligo, sulla collusione del mondo scientifico con le cosiddette *Big Pharma* o su altre fantasiose teorie del complotto.

Ognuno dei documenti riporta (in immagine o nel corpo testo) taluni di questi commenti, sottolineando l’intensità e la vastità degli attacchi con metafore belliche o relative a calamità naturali, quali «chiamata alle armi», «assalto», «orda», «valanga», «marea» «tsunami» o «tempesta»¹⁵. Non è raro inoltre imbattersi in disillusi riferimenti alla nuova discesa in campo dei “No Vax”, o riscontrare nel sottotesto degli articoli l’idea che l’operazione sia stata in qualche modo deliberata, quasi architettata da “gruppi” o “movimenti” organizzati.

Nondimeno, ciò che accomuna tutti i resoconti è l’indiscriminata inclusione della discreta e variegata massa di utenti implicati nelle *shitstorms* all’interno dell’insieme “No Vax”, considerato alla stregua di un contenitore omogeneo e indistinto di fanatici contrari ai vaccini, all’obbligatorietà,

¹⁴ Giancristofaro Alberti (2020); Giansoldati (2020); Hewitson (2020); Milano Post (2020).

¹⁵ Riferimenti a queste espressioni sono riscontrabili in Giuffrida (2020); Filippi (2020); Globalist (2020); s.a. (2020b); Tiscali News (2020); RomaToday (2020).

alle case farmaceutiche o alla scienza “ufficiale”. Inoltre, questi articoli non hanno fornito alcuna informazione relativa allo specifico contesto all’interno del quale i commenti in esame erano maturati, assumendo che i suddetti utenti fossero automaticamente rappresentativi del movimento critico rispetto alle vaccinazioni.

Terzo sottoinsieme: dichiarazioni

Rispetto alle altre categorie, i toni degli articoli di questo sottoinsieme si sono dimostrati significativamente più moderati. I sedici articoli in esso contenuti si sono infatti limitati a riportare (e talvolta discutere) le dichiarazioni di alcuni esponenti ricondotti all’universo antivaccinista: tra i tanti, la presidente e la vicepresidente del succitato Movimento Genitori Lombardia, Beppe Grillo, il consigliere della Regione Lazio Davide Barillari, la deputata ex M5S Sara Cunial e i medici “No Vax” Stefano Montanari e Maria Antonietta Gatti.

In un modo o nell’altro, tuttavia, alcuni degli articoli si sono resi complici di un “tradimento” delle loro fonti: ora appiattendoci dichiarazioni ben più sfumate o articolate su rapidi *slogan*, ora attribuendo alla categoria “No Vax” nel suo complesso le parole dei singoli, ora sfruttando le stesse per tracciare un parallelo tra le posizioni antivacciniste e altre svariate teorie del complotto. Anche in questa categoria, dunque, la notiziabilità e la massimizzazione della diffusione dei contenuti hanno spesso giocato a svantaggio di una più precisa rappresentazione delle posizioni “No Vax”, finite per essere racchiuse in formule quali «il vaccino è follia» o «nel vaccino c’è acqua di fogna»¹⁶.

Quarto sottoinsieme: attribuzione d’iniziativa

Dal quarto sottoinsieme della raccolta (formato da undici documenti), infine, è emerso con grande chiarezza un ultimo elemento che, in diversa misura, ha caratterizzato la copertura mediatica del fenomeno “No Vax” nel suo complesso. Volendo utilizzare il vocabolario di Walter Lippmann – osservatore di un’opinione pubblica non dissimile da quella di Simmel – esso risponde al meccanismo “protensivo” degli stereotipi: il processo secondo cui, fintanto che la realtà non si frappone a essi, gli stereotipi tendo-

¹⁶ La prima, attribuita al medico legale Dario Miedico, è stata decontestualizzata: Miedico si diceva desideroso di ricevere sufficienti garanzie sul vaccino prima di sottoporsi all’immunizzazione (cfr. Adkronos 2020b). La seconda, riportata da Affari Italiani, riprende le parole di un non meglio identificato «manifestante» salito sul palco durante una manifestazione organizzata a Roma dai “negazionisti del COVID” (cfr. Affari Italiani 2020).

no ad agire in modo del tutto indipendente dai propri referenti (Lippmann 2014 [1922]).

Gli articoli di questo sottoinsieme hanno infatti contribuito in maniera evidente a costruire artificialmente la posizione dei “No Vax”, attribuendo loro una presunta iniziativa in senso contrario allo sviluppo e diffusione del vaccino anti COVID-19. In più circostanze si è fatto riferimento a una presunta unità d’intenti all’interno dell’universo “No Vax”, fino ad arrivare a suggerire che «il fronte», «il movimento» o «la rete» degli antivaccinisti fosse al lavoro per boicottare il vaccino stesso. Sovente le ricostruzioni hanno fatto ricorso a immagini attinenti ai campi semantici dell’intrigo e della macchinazione – i “no-vax” «tessono» reti, «allungano» ombre complottiste, si muovono «in maniera strisciante» o «preparano» campagne mediatiche contro «un vaccino che ancora non esiste, ma già lo odiano»¹⁷ – quasi a suggerire l’idea che gli stessi complottisti siano implicati in un complotto.

Da ultimo, sul lato delle fonti, tra le poche citate¹⁸ non è figurata alcuna dichiarazione rilasciata da comitati, associazioni, o movimenti critici rispetto alla normativa vigente in tema di vaccini¹⁹. Gruppi, questi ultimi, che ovviamente non sono rappresentanti esclusivi dell’ampia, variegata e non istituzionalizzata galassia dei critici/contrari ai vaccini; eppure sono di essa certamente più rappresentativi rispetto alle voci di singoli personaggi o utenti ordinari dei social media.

Conclusioni

Attraverso lo studio del dibattito sulla vaccinazione all’interno dell’ambiente online italiano abbiamo cercato di comprendere alcune dinamiche di funzionamento della sfera pubblica contemporanea, e in particolare della sfera pubblica digitale. Da un punto di vista strettamente teorico, l’opzione che abbiamo riscontrato nella discussione mediatica – e in parte della letteratura scientifica analizzata – per un modello di sfera pubblica di tipo razionalistico che dovrebbe tendenzialmente orientarsi sulla

¹⁷ Riferimenti a simili espressioni sono riscontrabili in: Pili (2020a); Intini (2020); Ampollini (2020); Srelz (2020); Pili (2020b).

¹⁸ Quando presenti, esse consistono nei risultati di alcuni studi relativi alla diffusione del criticismo nei confronti dei vaccini, alle esternazioni di alcuni esponenti “No Vax” o una non meglio specificata “fibrillazione” nei gruppi social antivaccinisti, senza alcun riferimento specifico.

¹⁹ Da una nostra rassegna dei principali canali di diffusione delle maggiori associazioni e gruppi critici rispetto alla normativa vigente in tema di vaccinazioni, nel periodo di nostro interesse (1° gennaio – 8 dicembre 2020) non sono emerse esplicite e significative prese di posizione rispetto al vaccino per il COVID-19.

base di un confronto razionale delle argomentazioni al fine di un raggiungimento consensuale della verità ha portato a interpretare i movimenti “free-/no-vax” come irrazionali o male informati – in altre parole alla luce del cosiddetto *deficit model* nella comprensione pubblica della scienza, secondo cui l’ostilità verso il sapere scientifico trova fondamento nell’ignoranza del pubblico (Bucchi, 2008). A nostro avviso, tuttavia, questa impostazione rischia di essere lacunosa e distorta, poiché non riesce a dar conto né dell’intrinseca molteplicità di questi movimenti, né della loro relativa diffusione, se non nei termini di una generalizzata regressione cognitiva e di una massiccia circolazione di notizie infondate o dell’incapacità di distinguere tra scienza e pseudoscienza (cfr. Pellizzoni, in questo volume).

Il nostro contributo ha cercato di mettere in evidenza i limiti di tale rappresentazione del movimento antivaccinista e comprendere i meccanismi attraverso i quali essa è stata costruita nell’informazione online. In questo ambito, infatti, tanto la configurazione omofila delle reti sociali quanto i ritmi accelerati della comunicazione giornalistica tendono ad alimentare dinamiche di tipizzazione. Spesso, a fronte della necessità di massimizzare le visualizzazioni, le testate giornalistiche finiscono per rappresentare in maniera persino caricaturale posizioni ben più complesse e articolate, favorendo così una contrapposizione tribale tra schieramenti sul modello dello straniero come elemento *outgroup* che conferma la consistenza dell’*ingroup*. A nostro giudizio, questi processi sono intervenuti nella resa mediatica delle posizioni del movimento antivaccinista e, su alcune specifiche questioni, ne hanno determinato una rappresentazione semplificata e a tratti del tutto artificiosa. Infatti, nonostante associazioni, gruppi e comitati rappresentativi del variegato movimento “free-/no-vax” non si siano esplicitamente espressi sul tema, dall’analisi è emerso che a esso è stato attribuito un ampio ventaglio di posizioni, spesso estremizzate e a volte in contraddizione tra loro. Nello specifico, le posizioni attribuite agli antivaccinisti sono state costruite attraverso l’estrapolazione e il montaggio di commenti di singoli personaggi o utenti ordinari dei social media, in assenza di qualunque informazione relativa al contesto in essi cui venivano espressi. Oppure, all’opposto, esse originavano dalle dichiarazioni di detrattori e critici dell’universo “free-/no-vax”. Il dibattito oggetto della nostra ricerca, dunque, non è apparso strutturato soltanto sulla base dei meccanismi già discussi ampiamente in letteratura ma, almeno in alcuni casi, è emerso come le posizioni “estreme” delle parti in causa vengano costruite anche in assenza di esplicite dichiarazioni. Le rappresentazioni di tali posizioni appaiono in questo caso come significanti privi di referenti oggettivi, assorbiti da un vortice comunicativo “iperreale” (Baudrillard, 1978), che produce tipizzazioni e stereotipizzazioni fuorvianti.

A partire dai giorni immediatamente successivi al nostro periodo di rilevazione (1° gennaio – 8 dicembre 2020), gli annunci relativi alla sperimentazione

tazione e produzione dei vari vaccini anti COVID e alla pianificazione delle campagne vaccinali hanno ulteriormente alimentato la discussione sul tema. Gruppi, comitati e associazioni di riferimento dell'universo "free-/no-vax" hanno effettivamente cominciato a rilasciare dichiarazioni in merito, scontrandosi con la resistenza – e sovente il ludibrio – di un'opinione pubblica che, a fronte della necessità di arginare la crisi pandemica, vede con preoccupazione l'esternazione di opinioni critiche nei confronti della somministrazione dei vaccini (persino all'interno del mondo medico). Al netto dell'esistenza di un simile problema, è tuttavia probabile che la rappresentazione eccessivamente semplificata o stereotipata dell'universo "free-/no-vax" che abbiamo riscontrato nell'indagine empirica possa contribuire a polarizzare ulteriormente il dibattito in tema di vaccini, conducendo a una minore comprensione delle parti in gioco e, in definitiva, a un aggravamento del problema stesso. Prova ne sia l'accesa (e fortunatamente breve) polemica scaturita in seguito alla video-intervista rilasciata da Andrea Crisanti a Focus il 19 novembre 2020²⁰. Il diniego del virologo all'ipotesi di sottoporsi al primo vaccino disponibile in gennaio – da questi motivato dalla volontà di ricevere prove sufficienti sulla sua efficacia e sicurezza – fu sufficiente ad assimilarlo alla schiera dei "no-vax", dando prova di una sfera pubblica indubbiamente poco avveza a un lento e ponderato vaglio degli argomenti e delle ragioni.

Riferimenti bibliografici

- Affuso O. (2010), "Il concetto di sfera pubblica: Habermas rivisitato", in Jedlowski P. (a cura di), *Sfera pubblica: il concetto e i suoi luoghi*, Pellegrini, Cosenza 9-39.
- Andretta M., Bracciale R. (2019), "Young Italians, NEETs and Political Engagement: Any Good News?", in Cuzzocrea V., Gook B., Schiermer B. (a cura di), *Forms of Collective Engagement in Youth Transition: A Global Perspective*, Brill, Leiden, 375-402.
- Arielli E., Bottazzini P. (2018), *Idee virali*, il Mulino, Bologna.
- Barrotta L. (2020), "Il populismo e il ruolo degli esperti scientifici", in Masala A., Viviani L., *L'età dei populismi*, Carocci, Roma, 190-204.
- Baudrillard J. (1978), *Per una critica dell'economia politica del segno*, Mazzotta, Milano.
- Benhabib S. (1992), "Models of Public Space", in Calhoun C. (ed.), *Habermas and the Public Sphere*, MIT Press, Cambridge, 73-98.
- Boccia Artieri G., Gemini L., Pasquali F., Carlo S., Farci M. e Pedroni M. (2017), *Fenomenologia dei social network*, Guerini, Milano.

²⁰ La video-intervista completa è disponibile a questo link: <https://www.focus.it/scienza/salute/andrea-crisanti-non-si-farebbe-vaccinare-ecco-che-cosa-ha-detto-a-focus-live>, consultato il 12 dicembre 2020.

- Boyd D. (2010), "Social Network Sites as Networked Publics: Affordances, Dynamics, and Implications", in Papacharissi Z. (ed.), *Networked Self: Identity, Community, and Culture on Social Network Sites*, Routledge, London, 47-66.
- Bracciale R., Corchia L. (2020), *La sfera pubblica e i mass media. Una ricostruzione del modello habermasiano nella communication research*, «Quaderni di teoria sociale», 1-2: 375-402.
- Bucchi M. (2008), *Dal deficit al dialogo, dal dialogo alla partecipazione – e poi? Modelli di interazione tra scienza e pubblico*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 49, 3: 377-402.
- Dahlgren P. (2009), *Media and Political Engagement. Citizens, Communication, and Democracy*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Dubé E., Gagnon D., Nickels, E., Jeram S. e Schuster, M. (2014), *Mapping vaccine hesitancy – Country-specific characteristics of a global phenomenon*, «Vaccine», 32, 49: 6649-6654.
- Fraser N. (1992), "Rethinking the Public Sphere: A Contribution to the Critique of Actually Existing Democracy", in Calhoun C. (ed.), *Habermas and the Public Sphere*, MIT Press, Cambridge, 109-142.
- Frisby D. (1985), *Georg simmel: First sociologist of modernity*, «Theory, Culture & Society», 2, 3: 49-67.
- Giacomini G. (2018), *Potere digitale. Come Internet sta cambiando la sfera pubblica e la democrazia*, Meltemi, Milano.
- Gobo G., Sena B. (2019), *Oltre la polarizzazione «pro-vax» versus «no-vax». Atteggiamenti e motivazioni nel dibattito italiano sulle vaccinazioni*, «Salute e Società», 18, 2: 176-190.
- Grignolio A. (2017), *Post-verità, vaccini, democrazia*, «The Future of Science and Ethics», 2: 77-88.
- Habermas J. (1986 [1981]), *Teoria dell'agire comunicativo*, il Mulino, Bologna (ed. or. *Theorie des kommunikativen Handelns*, Suhrkamp, Frankfurt).
- Habermas J. (2006 [1962]), *Storia e critica dell'opinione pubblica*, Laterza, Bari (ed. or. *Strukturwandel der Öffentlichkeit*, Luchterhand, Neuwid).
- Habermas J. (2020), *Universalismo morale e regressione politica*, Nuova Trauben, Torino.
- Higgins M. (2008), *Media and their Publics*, Open University Press, Maidenhead.
- Highfield T. (2015), *Tweeted Joke Life Spans and Appropriated Punch Lines: Practice around Topical Humor on Social Media*, «International Journal of Communication», 9: 2713-2734.
- Klinger U., Svensson J. (2018), *The End of Media Logics? On Algorithms and Agency*, «New Media & Society», 17, 8: 4653-4670.
- Laclau E. (1996), *Emancipation(s)*, Verso, London.
- Lippmann W. (2014 [1922]), *L'opinione pubblica*, Donzelli, Roma (ed. or. *Public Opinion*, Harcourt, Brace & Co., New York).
- MacDonald N.E. (2015), *Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants*, «Vaccine», 33,34: 4161-4164.
- Mazzoleni G., Bracciale R. (2019), *La politica pop online. I meme e le nuove sfide della comunicazione politica*, il Mulino, Bologna.
- McIntyre L. (2018), *Post-truth*, MIT Press, Cambridge.
- Mezza M. (2015), *Giornalismo nella rete*, Donzelli, Roma.

- Pariser E. (2011), *The Filter Bubble*, Penguin Press, New York (tr. it.: *Il filtro*, Il Saggiatore, Milano, 2012).
- Privitera W. (2012), *Gli usi della sfera pubblica*, Mimesis, Milano.
- Sassatelli M. (2012), “Festivals, museums, exhibitions. Aesthetic cosmopolitanism in the cultural public sphere”, in Delanty G. (ed.), *Routledge Handbook of Cosmopolitanism Studies*, Routledge, London-New York, 233-244.
- Scarfone G. (2017), *Giornalismo e social network: un’analisi linguistica*, «Lingue e Culture dei Media», 1,1: 44-89.
- Schäfer M.S. (2016), “Digital Public Sphere”, in Mazzoleni G. (a cura di), *The International Encyclopedia of Political Communication*, Wiley Blackwell, Malden, 322-328.
- Shifman L. (2013), *Meme in a Digital World: Reconciling with a Conceptual Troublemaker*, «Journal of Computer-Mediated Communication», 18,3: 362-377.
- Simmel G. (1989 [1908]), *Sociologia. Studio sulle forme di associazione* (ed. or. *Soziologie*, Duncker & Humblot, Leipzig).
- Simmel G., (1995 [1903]), *Le metropoli e la vita dello spirito*, Roma, Armando (ed. or. *Die Großstädte und das Geistesleben*, Petermann, Dresden).
- Sorice M. (2019), *Partecipazione democratica*, Mondadori, Milano.
- Sunstein C. (2017), *#Republic. Divided Democracy in the Age of Social Media*, Princeton University Press, Princeton.
- Taylor Smith E., Smith C.F., Smyth M. (2018), *Democratic Participation through Crocheted Memes*, in *Proceedings of the 9th International Conference on Social Media and Society – SM Society ’18*, ACM Press, New York, 178-186.
- Vaccari C., Valeriani A. (2015), *Follow the Leader! Direct and Indirect Flows of Political Communication during the 2013 Italian General Election Campaign*, «New Media & Society», 17,7: 1025-1042.
- Veltri G.A., Di Caterino G. (2017), *Fuori dalla bolla: Politica e vita quotidiana nell’era della post-verità*, Mimesis, Milano-Udine.

Sitografia

- Adnkronos (2020a), “Burioni: «Virus Cina? Subito vaccino per vedere no-vax implorarlo in ginocchio”, *Adnkronos* (https://www.adnkronos.com/fatti/cronaca/2020/01/29/burioni-virus-cina-subito-vaccino-per-vedere-vax-implorarlo-ginocchio_2kaFaZgvzn1wGOzUAKaapO.html), consultato il 12 dicembre 2020.
- Adnkronos (2020b), “Coronavirus, «vaccino è follia»: Le teorie dei medici no vax”, *Adnkronos* (https://www.adnkronos.com/fatti/cronaca/2020/04/18/coronavirus-vaccino-follia-teorie-dei-medici-vax_LJqNV3USIQRjXdxDwKWgBN.html), consultato il 12 dicembre 2020.
- Affari Italiani (2020), “Coronavirus, scendono in piazza i negazionisti: “Nel vaccino acqua di fogna””, *Affaritaliani.it* (<https://www.affaritaliani.it/cronache/coronavirus-scendono-in-piazza-i-negazionisti-nel-vaccino-acqua-di-fogna-692671.html>), consultato il 12 dicembre 2020.

- Ampollini G. (2020), “Coronavirus: L’ombra dei no-vax in vista dell’imminente arrivo dei vaccini”, *FocusTECH* (<https://focustech.it/2020/10/24/coronavirus-no-vax-vaccini-515685>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Angeletti G. (2020), “Burioni: «Coronavirus? Subito il vaccino solo per vedere i no vax implorarlo in ginocchio”, *TPI* (<https://www.tpi.it/cronaca/coronavirus-tweet-burioni-no-vax-20200130536996/>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Curridori F. (2020), “Il coronavirus metterà a tacere le polemiche no vax per sempre”, *il Giornale* (<https://www.ilgiornale.it/news/cronache/quando-tutto-sar-finito-polemiche-novax-finiranno-sempre-1846923.html>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Filippi P. P. (2020), “Coronavirus Lazio: Obbligo di vaccino, l’assalto no-vax a Zingaretti”, *Il Messaggero* (https://www.ilmessaggero.it/roma/news/coronavirus_vaccino_lazio_no_vax_17_aprile_2020-5176862.html), consultato il 12 dicembre 2020.
- Giancristofaro Alberti D. (2020), “Coronavirus, No-Vax cambiano idea sul vaccino/ “Ero contraria poi il covid-19...”, *IlSussidiario.net* (<https://www.ilsussidiario.net/news/coronavirus-no-vax-cambiano-idea-sul-vaccino-ero-contraria-poi-il-covid-19/2012593/>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Giansoldati F. (2020), “Coronavirus, l’infettivologo Lopalco sfotte i No-Vax: Ora si vogliono tutti vaccinare contro il Covid19”, *Il Messaggero* (https://www.ilmessaggero.it/salute/medicina/grillo_coronavirus_no_vax_grilli_ni_scientiati_vaccino_pierluigi_lopalco_pandemia-5130646.html), consultato il 12 dicembre 2020.
- Giuffrida F. (2020), “Sono tornati i No Vax (ora anche No Mask). Insulti, diffamazioni e minacce ai pediatri”, *Open* (<https://www.open.online/2020/05/21/sono-tornati-no-vax-ora-anche-no-mascherina-insulti-diffamazioni-e-minacce-ai-pediatri/>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Globalist (2020), “Vaccino in arrivo e i No Vax contro Speranza: «Fattelo te, sono soldi tolti al reddito d’emergenza”, *Globalist* (<https://www.globalist.it/science/2020/06/14/vaccino-in-arrivo-e-i-no-vax-contro-speranza-fattelo-te-sono-soldi-tolti-al-reddito-d-emergenza-2060084.html>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Hewitson R. (2020), “Il coronavirus sta facendo ricredere gli antivaccinisti?”, *Vice.com* (<https://www.vice.com/it/article/3a8wyj/coronavirus-antivaccinisti-novax>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Intini E. (2020), “Su Facebook, gli antivax tessono una rete capillare”, *Focus.it* (<https://www.focus.it/scienza/salute/su-facebook-gli-antivax-tessono-una-rete-capillare>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Milano Post (2020), “Com’è che adesso i no vax invocano il vaccino?”, *Milano Post* (<https://www.milanopost.info/2020/03/15/come-che-adesso-i-no-vax-invocano-il-vaccino/>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Pili J. (2020a), “Coronavirus. Così i No Vax preparano le nuove campagne mediatiche contro il prossimo vaccino”, *Open* (<https://www.open.online/2020/03/20/coronavirus-cosi-i-no-vax-preparano-le-nuove-campagne-mediatiche-contro-il-prossimo-vaccino/>), consultato il 12 dicembre 2020.

- Pili J. (2020b), “Coronavirus. Il fanatismo dei NoVax contro un vaccino che ancora non esiste, ma già lo odiano”, *Open* (<https://www.open.online/2020/06/20/coronavirus-fanatismo-novax-vaccino-non-esiste-gia-odiano/>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Poldi A. (2020), “I novax potrebbero lottare contro il vaccino al coronavirus. Non possiamo permetterglielo”, *The Vision* (<https://thevision.com/coronavirus/coronavirus-novax-vaccino/>), consultato il 12 dicembre 2020.
- RomaToday (2020), “Coronavirus, i no-vax attaccano lo Spallanzani: Fiume di commenti contro il vaccino”, *RomaToday* (<https://www.romatoday.it/attualita/vaccino-coronavirus-no-vax-contro-spallanzani.html>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Silvestri G. (2020), “Coronavirus, il professor Roberto Burioni: «I no vax sono evaporati come neve al sole»”, *Corriere dell’Umbria* (<https://corrieredellumbria.corr.it/news/coronavirus/1568231/coronavirus-roberto-burioni-attacca-no-vax-evaporati-come-neve-al-sole-twitter-tweet-covid-1--vaccino-antivaccinisti.html>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Srelz R. (2020), “Coronavirus, tornano i No Vax. Il rischio della mancata immunità”, *Trieste All News* (<https://www.triesteallnews.it/2020/04/19/coronavirus-tornano-i-no-vax-il-rischio-della-mancata-immunita/>), consultato il 12 dicembre 2020.
- Tiscali News (2020), “Coronavirus, vaccino italiano: Valanga di reazioni No vax”, *Tiscali News* (<https://notizie.tiscali.it/cronaca/articoli/coronavirus-vaccino-italiano-valanga-reazioni-no-vax/>), consultato il 12 dicembre 2020.
- s.a. (2020). “Vaccino Covid, attacchi no-vax sulla pagina Facebook dello Spallanzani. D’Amato: «Vergognosi»”, *Il Messaggero* (https://www.ilmessaggero.it/italia/vaccino_covid_no_vax_attaccano_spallanzani_pagina_facebook_d_amato_ultime_notizie_oggi-5421656.html), consultato il 12 dicembre 2020.

Scienza e claims-making: sull'esitazione vaccinale come "problema sociale"

di *Silvia Cervia*

Introduzione

Il concetto di "esitazione vaccinale" (dall'inglese *vaccine hesitancy*), utilizzato per definire quella "zona grigia" che va dal ritardo fino al rifiuto di adesione all'offerta di vaccinazione (MacDonald e Sage WG, 2015), rappresenta un'acquisizione recente del lessico scientifico con significative implicazioni in termini di *policy*. Una simile rilevanza non può essere considerata il frutto di un processo di osmosi o di permeabilità tra sistemi o sotto-sistemi ma, piuttosto, l'esito di un processo intenzionale orientato ad identificare un "problema sociale" emergente, fornendo una definizione scientifica capace di legittimare l'azione pubblica di contrasto.

Un processo definitorio le cui radici rimandano all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che, riconoscendo la rilevanza del fenomeno, ha istituito nel 2012, congiuntamente con l'agenzia per l'infanzia delle Nazioni Unite (UNICEF), un gruppo di lavoro dedicato, lo *Strategic Advisory Group of Experts (Sage) on Vaccine Hesitancy*. I risultati dei lavori di tale gruppo (WHO, 2014; *Vaccine – Special Issue on Vaccine Hesitancy*, 33[34], 2015), rappresentano plasticamente la duplicità del mandato ricevuto, contenendo tanto la definizione del fenomeno, corredata da una ricognizione delle evidenze scientifiche in materia, che le raccomandazioni dell'OMS per contrastare tale minaccia globale (Hickler, Guirguis e Obregon, 2015, p. 4155). A partire da quel momento l'azione di contrasto all'esitazione vaccinale è andata configurandosi come una delle linee di intervento per le politiche pubbliche in materia di prevenzione e vaccinazione, a tutti i livelli dell'azione istituzionale (EC, 2018; WHO, 2019).

Nel considerare le dinamiche che hanno portato a tematizzare il fenomeno definito attraverso la locuzione *esitazione vaccinale* come problema sociale e area di intervento di *policy* non possiamo non considerare con interesse lo stesso processo definizionale che, con il nuovo Millennio, ha focalizzato la propria attenzione su un fenomeno di critica delle pratiche di vaccinazione che, come è stato sottolineato, esiste da quando esistono i

vaccini (Schwartz, 2012), trovando il proprio più antico predecessore nella resistenza a quelle che possono essere considerate come l'antenato delle pratiche di vaccinazione, ovvero le procedure di variolizzazione¹ introdotte nell'antica Cina dall'imperatore Kangxi (Tipaldo, 2019; Pellizzoni, questo volume). Un processo che ricostruiremo adottando una chiave interpretativa centrata sulla prospettiva costruzionista dei "problemi sociali", da qui in poi CSP (*Constructing Social Problems*; Kitsuse e Spector, 2017a [1973]), che permette di considerare tale *issue* come costruito piuttosto che come "fatto", di leggere il processo definizionale come risultato di un confronto tra interpretazioni, prospettive e idiomi differenti, piuttosto che come progressiva identificazione della sola e vera definizione oggettiva e universale, e capace di considerare i *claims* nella loro relazione con i *claims-makers*, individui o gruppi organizzati portatori di uno specifico sistema di interessi e di valori (*ibidem*).

Dopo aver illustrato la prospettiva interpretativa fondata sul CSP il contributo restituisce i risultati dell'analisi diacronica del processo di definizione dell'esitazione vaccinale come "problema sociale" a partire dagli elementi connotanti la "storia naturale" del processo di *claiming* in relazione ai suoi interpreti (*claims-makers*) e alla relativa retorica, con particolare riferimento ai dispositivi di giustificazione e al regime di verità utilizzati, che illustreremo considerandone anzitutto la selettività.

I "problemi sociali" tra costruzionismo e *cultural studies*

Utilizzare la prospettiva offerta dal costruzionismo allo studio dei problemi sociali (Kitsuse e Spector, 2017a [1973]) implica l'abbandono della tradizione di lavoro dedicata allo studio delle proprietà oggettive della condizione sociale definita come problema², per concentrare l'attenzione sul processo che porta a identificare come "problema sociale" un qualsivoglia fenomeno. Nell'ambito del CSP i problemi sociali vengono ad essere considerati come attività di definizione, rivendicazione, descrizione etc. di una condizione in termini di problema e come tali divengono oggetto dell'analisi sociologica, che si propone di spiegarli come qualcosa che emerge dall'organizzazione culturale della società, piuttosto che come fatto problematico in sé.

¹ Antica tecnica di immunizzazione – anche nota come "vaiolizzazione" che si basava sull'inoculazione del virus del vaiolo, attraverso l'inoculazione di materiale infetto prelevato da soggetti malati (Tipaldo, 2019).

² Una tradizione di lavoro che attraversa l'intera disciplina, potendo ricomprendere tutti i contributi che si occupano degli oggetti di intervento delle politiche sociali o dei temi che emergono nell'agenda pubblica di un paese quali la povertà, l'abbandono scolastico, il sessismo, la devianza, l'immigrazione, ecc. (Caniglia e Recchi, 2018).

Tale chiave di lettura permette, inoltre, di considerare come la dinamica definizionale possa (e debba) essere letta come processo con cui alcuni attori definiscono con successo una condizione come “problema” interno alla loro società, attribuendo centralità all’“elemento soggettivo” (*ivi*, p. 48) e, quindi, alle dinamiche di potere a livello societario. Fin dalle prime elaborazioni i due autori hanno sottolineato la rilevanza di questo aspetto evidenziando come: l’attività di definizione sia agita da attori sociali (*claims-makers*) che sono orientati al perseguimento o alla difesa di un loro specifico interesse sociale, politico, economico, etc.; l’identificazione di una condizione come problema sociale sia espressione di un giudizio di valore; il processo di definizione e di riconoscimento della definizione stessa proceda per sequenze di azioni o fasi di sviluppo che possono vedere il contributo di attori differenti (*claims-makers*) ed essere caratterizzate da attività di rivendicazione specifiche e dilemmi peculiari; e, infine, l’azione di *claims-makings* si svolga in uno specifico contesto sociale caratterizzato da contingenze che possono ostacolarli o facilitarli (*ibidem*).

Una prospettiva, quella offerta dal CSP, che opera un altro importante recupero ai fini dell’analisi del processo definizionale oggetto del presente lavoro. Integrando all’interno del proprio paradigma la riflessione sviluppata dalla “sociologia della conoscenza scientifica” (Latour, 1998), Peter Ibarra e Jhon Kitsuse (1993) mettono in evidenza come nelle società occidentali la scienza stessa possa non solo essere considerata quale attività di *claims-making* ma fornisca se non l’unico quantomeno il principale idioma capace di conferire fatticità ai problemi sociali. Questo permette di considerare criticamente i processi definizionali fondati sulla modalità argomentativa della scienza, la sua oggettività, aideologicità e razionalità, come forma di retorica per giungere alla verità (Latour, 1998). La persuasività e autorevolezza della scienza come stile di *claims-making* risiederebbe nella sua modalità argomentativa positiva, attivata di fronte ad un’asserzione riconosciuta dalla comunità scientifica e fondata sul sistema di citazioni, capace di oscurare progressivamente le condizioni di produzione di quell’asserzione fino al punto in cui la stessa cessa di essere percepita come un costrutto per diventare un dato di fatto, un fatto scontato, un «fatto incapsulato» (Latour, 1998, p. 55). La forza dell’idioma scientifico assegnerebbe un ruolo di primo piano a coloro che detengono la *ownership* di tale linguaggio, ovvero gli scienziati, che vengono così ad essere identificati quali principali *claims-makers* delle società occidentali, al punto che spetta in primo luogo a loro apprestare le definizioni e proporre le linee di intervento per arrivare ad una soluzione (Gusfield, 1981).

Ai fini della specifica declinazione che il presente lavoro offre della prospettiva preme sottolineare la rilevanza dell’elemento soggettivo che abbiamo testé richiamato (Kitsuse e Spector, 2017b [1975]). Un anelito che la tradizione di ricerca di matrice costruzionista ha largamente disatteso, sia

nella sua vocazione interpretativista, alimentando una corposa produzione di saggi di storia sociale dedicati a casi studio (Best, 2015), che nella sua aspirazione “concessionista”. Ci riferiamo, nello specifico, al filone di studi ispirato al “costruzionismo stretto”, auspicato dallo stesso Kitsuse come correttivo della deriva storicistica³, che, concentrandosi sullo “studio dei discorsi sui problemi sociali” (Ibarra e Kitsuse, 2003, p. 34), realizza uno spiazzamento del *focus* di analisi incentrandolo interamente sull’elemento discorsivo.

Più equilibrata, da questo punto di vista, appare la soluzione perseguita da Joel Best e dal filone “contestualista” che, a nostra volta, adatteremo nel presente lavoro. Tale approccio si propone di studiare il *claims-making* nel contesto della sua cultura e struttura sociale (Best, 2017 [1993]) attraverso un’analisi degli elementi costitutivi il processo di *claims-making* nella loro reciproca interazione. Una prospettiva che permette di lasciare il linguaggio e di non occuparsi solamente dell’azione comunicativa dei membri ma anche di interpretare le loro altre attività pratiche, *come* le fanno, *perché* le fanno, considerando come tali azioni si svolgano all’interno di contesti storici, culturali e interazionali (*ibidem*). Un *framework* nel quale il *come* viene analizzato nell’ambito non discorsivo e strutturale allo scopo di identificare il *perché* (Weinberg, 2018) e, all’interno del quale, al ricercatore viene restituita la capacità di valutare in modo autonomo gli interessi che muovono i *claims*, “smascherando” così i *claims-makers* (Best, 2017 [1993]). Una competenza che tuttavia, in ambito costruzionista, assume tutt’altra valenza rispetto al senso comune. Non si tratta, infatti, di rivelare un “dato oggettivo” ma, recuperando all’interno del programma di ricerca le prospettive di critica alla scienza, di abbandonare il mito scienziato dell’oggettività, tanto in termini di relazione con il mondo sociale che di approccio metodologico, in favore di una concezione diversa «capace di rispondere a certe questioni in modi che meglio di altri indicano le soluzioni relative ai nostri interrogativi» fornendo risposte che devono essere considerate «come qualcosa di temporaneo» (Weinberg, 2018, p. 115).

Un approccio relativista che non rinuncia ad offrire spiegazioni e risposte ma che, al contrario, sull’abbandono di una pretesa universalistica e oggettiva fonda la condizione di esistenza dell’azione interpretativa, un’azione intenzionalmente orientata a rivelare se alcune rimozioni siano oppressive oppure concedano maggior potere ai membri (Weinberg, 2018). Si disvela così un altro importante collegamento, che il presente contributo intende esplicitare ed esplorare, tra il filone “concessionista” e i *cultural studies*: l’azione interpretativa così declinata, utilizza l’attività di *claiming* per rilevare le dinamiche di potere tra *claims-makers*, e così facendo pone

³ Oltre che come risposta all’accusa di indeterminatezza ontologica (Woolgar e Pawluch, 1985) che caratterizzerebbe l’approccio costruzionista ai problemi sociali. Per approfondimenti cfr. Ibarra e Adorjan (2018).

l'accento su «l'interpenetrazione tra cultura e potere» (Hall, in Hall e Melino, 2007, p. 10) che rappresenta il cuore stesso della riflessione culturalista. Esplicitare tale connessione permette di recuperare la tradizione culturalista ai fini dell'azione interpretativa tutta orientata ad «identificare i rapporti della cultura – del significato o del *meaning making* – con altre sfere della vita sociale» (*ibidem*): la retorica della verità che sostiene il processo di *claiming* può essere così analizzata come *riflessività anchilosata* fondata sulla sistematica rimozione di storie e circostanze (Gouldner, 1976), permettendo di rivelare il portato ideologico di *claims* e *frames*⁴.

In linea con la prospettiva adottata il capitolo propone una ricostruzione delle pratiche istituzionali che hanno condotto alla identificazione del fenomeno dell'esitazione vaccinale come problema sociale nonché del processo definizionale in relazione agli attori e all'idioma da questi utilizzato. Un'analisi volta ad evidenziare tanto il processo di incapsulamento dell'asserto, attraverso la selettività dei dispositivi di giustificazione e le dinamiche della modalità argomentativa positiva della scienza, che alcune importanti tracce di contro-narrazioni che emergono analizzando le “voci fuori dal coro” che attraverso la modalità argomentativa negativa della scienza aprono il dibattito scientifico a *frames* differenti e contro-*claims*.

Rappresentazioni istituzionali

Da sempre le vaccinazioni rappresentano una delle aree di interesse principali dell'OMS, basti pensare che tra le prime sfide che hanno orientato l'azione dell'organizzazione (dalla sua costituzione fino al 1962) la quarta era dedicata alle malattie virali⁵. Nel decennio successivo l'organizzazione focalizzò la propria attenzione sulla relazione tra salute e sviluppo che, in riferimento al tema delle vaccinazioni, venne declinato nel programma di vaccinazione contro il vaiolo⁶. Nel 1974 con il Programma globale di immunizzazione dei bambini (EPI – *Expanded Programme on Immunization*) iniziò a prendere corpo la strategia che venne formalizzata quattro anni più tardi con la dichiarazione di Alma Ata, nella quale l'immunizzazione contro le maggiori malattie infettive veniva inserita tra le azioni necessarie per promuovere il raggiungimento per tutti i cittadini del

⁴ Utilizziamo qui la nozione di ideologia non nell'accezione marxiana di falsa coscienza ma la derivazione di matrice althusseriana che riserva tale definizione a quelle forme di conoscenza che “pretendono di avere una posizione privilegiata che garantisce l'universalità a chi le possiede” (McCarthy, 2004 [1996], p. 31).

⁵ Su questa base l'OMS promosse, a partire dal 1955, un ambizioso programma di debellamento della malaria che però fu riconosciuto fallimentare alla fine degli anni '70.

⁶ Programma che, diversamente dal precedente, fu valutato come di successo.

mondo di un livello di salute tale da portare ad una vita socialmente ed economicamente produttiva entro l'anno 2000 (strategia "Salute per Tutti"⁷).

Ai fini della nostra ricostruzione è utile sottolineare come in un decennio l'OMS sia passata dall'approccio del programma EPI, in cui si ritagliava un ruolo di indirizzo – raccomandando agli stati membri di sviluppare o mantenere i livelli di immunizzazione e i programmi di sorveglianza – ad un approccio più direttivo, attraverso la definizione, nel 1984, di un programma standardizzato di vaccinazione per alcuni specifici vaccini (difterite-tetano-pertosse, polio, morbillo e tubercolosi). La crescente rilevanza del tema dell'immunizzazione della popolazione è testimoniata da una serie di iniziative che si sono susseguite negli anni successivi⁸, e che hanno condotto, nel 1999, al lancio della *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI⁹) e all'istituzione dello *Strategic Advisory Group of Experts (Sage) on Immunization*. Ai fini della ricostruzione dell'azione istituzionale questo secondo passaggio risulta di fondamentale importanza.

All'interno del regime di giustificazione agito dallo stesso *Sage Working Group on Vaccine Hesitancy* tale passaggio viene rappresentato quale pietra miliare del processo di riconoscimento dell'*esitazione vaccinale* come questione rilevante per le politiche pubbliche in materia di immunizzazione e vaccinazione (Schuster *et al.*, 2015). Fin dal primo rapporto, risalente al 2001, il gruppo avrebbe sottolineato con preoccupazione come nonostante l'assenza di effetti avversi alla vaccinazione il pubblico necessitasse di essere rassicurato in merito alla loro sicurezza (*ivi*, p.4157), secondo uno stile argomentativo che sarebbe stato ripreso nei successivi rapporti fino alla riunione dell'Aprile 2011 nella quale la definizione di campagne di comunicazione mirate sarebbe diventata una priorità di azione per il gruppo stesso (*ibidem*). Nella retorica istituzionale questo riconoscimento e la contestuale constatazione della scarsa conoscenza del fenomeno vengono utilizzati per giustificare, *naturaliter*, l'istituzione del gruppo di lavoro dedicato al tema dell'*esitazione vaccinale* (*ivi*, p. 4158).

Confrontando tale ricostruzione con i contenuti delle conclusioni e raccomandazioni presenti nei report utilizzati dall'articolo in questione come

⁷ HEALTH FOR ALL adottata da una Conferenza Internazionale del 1978 organizzata congiuntamente dall'OMS e dall'UNICEF

⁸ Considerando solo i più rilevanti non possiamo non menzionare il lancio dell'Iniziativa per la Vaccinazione dei Bambini (CVI) nel 1990, durante il vertice mondiale per i Bambini tenutosi a New York, quale rete di esperti orientata a migliorare il sostegno globale e la qualità dei vaccini esistenti, facilitando il dialogo tra settori privati e pubblici sulla ricerca e lo sviluppo di nuovi vaccini e relative strategie per garantirne l'uso anche nei Paesi in via di sviluppo; nonché, quattro anni più tardi e come diretta conseguenza delle priorità d'azione identificate dal CVI, la nascita del Programma dell'OMS per i Vaccini e l'Immunizzazione.

⁹ Nel corso del Forum Economico Mondiale svoltosi a Davos, con il coinvolgimento, oltre che dell'OMS e dell'UNICEF anche della Banca Mondiale e di istituti di sanità pubblica, fondazioni private, organizzazioni non governative, industrie farmaceutiche e molti altri.

fonti, sottolineiamo come nel primo rapporto, all'interno del capitolo dedicato alla sicurezza vaccinale, nel paragrafo *Public perception and communication* si sottolineasse effettivamente l'esistenza di un gap tra le evidenze scientifiche e la percezione del rischio da parte della popolazione¹⁰ ma si riportasse anche il parere di un esperto che pensava che l'azione a livello informativo non sarebbe stata sufficiente ad abbattere le resistenze, tematizzando in questo modo la presenza di ostacoli di altro tipo che non riguardavano difetti di comunicazione o carenze di informazione (*ibidem*). Questa opinione non trovò però spazio nella parte propositiva, in cui la questione veniva rubricata unicamente come un problema di informazione/comunicazione da affrontare attraverso un programma mirato capace di fugare le preoccupazioni del pubblico sugli effetti collaterali dei vaccini (*ivi*, p.66). Da quel momento in poi le *policy* saranno coerenti con quell'impostazione¹¹, anche se il Report del 2009, nell'enumerare le sfide da affrontare per eradicare il morbillo in Europa, richiamava altri nodi critici affatto secondari – la scarsità di supporto politico, gli effetti delle riforme sanitarie in alcuni paesi dell'est Europa, e problemi legati a credo religiosi e filosofici (WHO, 2010, p. 171) – senza che però vi fosse alcuna rispondenza tra questi e le linee di azione identificate.

Prima di procedere oltre, analizzando la questione dell'emergere della locuzione *vaccine hesitancy* nella documentazione istituzionale, dobbiamo prendere in considerazione, seppur brevemente, un altro elemento costitutivo del regime di giustificazione istituzionale, legato alla modalità retorica adottata per attribuire fatticità al problema sociale. L'analisi della documentazione di riferimento permette di identificare come la retorica adottata in questo caso, come in molti altri, si fondi sull'approccio *evidence-based*. Una metodologia che nasce in ambito medico per orientare le decisioni terapeutiche alla luce delle prove di efficacia e che si è progressivamente estesa a tutti i campi come metodologia a supporto dei processi decisionali¹². Una simile retorica risulta perfettamente coerente con l'obiettivo legittimante l'azione politico-istituzionale che va così a fondarsi su “dati”, oggettivi e reali, e, pertanto, indiscutibili nella loro essenza e nelle loro conseguenze. In prospettiva costruttivista, tuttavia, i dati statistici non possono

¹⁰ Interessante notare come il documento riporti una osservazione di uno degli esperti che sottolineava come “the public was not reassured by statements indicating that there was no evidence of risk but that in some cases there might be associations” (Department of Vaccines and Biologicals, 2002, p. 65).

¹¹ Tra le più note iniziative in questa direzione ricordiamo la settimana europea delle vaccinazioni (Corrigan, 2006), e la settimana mondiale delle vaccinazioni (cfr. https://www.who.int/immunization/newsroom/events/immunization_week/en/), iniziative promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per sensibilizzare popolazione, operatori sanitari e decisori sull'importanza dei vaccini in tutte le fasi della vita.

¹² Per una disamina critica delle implicazioni di tale approccio cfr. Marradi e Nigris (2010).

essere considerati quale fotografia oggettiva di un fenomeno bensì come un dispositivo retorico che opera la drammatizzazione del problema a fini persuasori (Caniglia, 2017).

Dall'analisi della documentazione emerge come l'approccio *evidence-based* sia stato invocato, per la prima volta, in relazione alla strategia da adottare per contrastare il fenomeno della esitazione vaccinale nella riunione del *Sage working group on Immunization* del novembre 2006. L'ufficio regionale europeo, in quella circostanza, sottolineava come fosse necessario intervenire, in risposta alla pubblicità negativa attorno alle vaccinazioni, con campagne di comunicazione mirate e attraverso il sostegno ai singoli paesi perché sviluppassero sistemi di decisione fondati sull'evidenza scientifica¹³. Un approccio che si trasforma in una indicazione metodologica trasversale nel report del 2009 che, nel paragrafo dedicato all'*Epidemiology of unvaccinated infants*, evidenzia l'assenza di informazioni a livello di singolo paese, richiamando la necessità di promuovere una raccolta dati che permetta di comprendere come i diversi determinanti identificati dalla letteratura di riferimento (tra cui le caratteristiche famigliari, gli orientamenti e la conoscenza dei genitori, nonché il loro livello di istruzione e credenze religiose; WHO, 2010, p. 176) si declinino a livello locale:

SAGE emphasized the need to address the persistent challenge of reaching children not currently reached by immunization services. Operational research at the local level is considered important for understanding and addressing these gaps. SAGE requested that WHO provide a plan to determine how these findings can be operationalized at the local level to ensure that the 24 million children annually who are not benefiting from routine immunization are vaccinated (*ibidem*).

Abbiamo detto fin dall'inizio di questo contributo come la locuzione *vaccine hesitancy* rappresenti un'acquisizione recente. Ci occuperemo nel prossimo paragrafo di seguire la sua affermazione in ambito scientifico per dedicarci in questa sede alla sua carriera in ambito istituzionale. Analizzando il report del *Sage on Immunization* tale espressione compare per la prima volta, in forma aggettivata, nel rapporto relativo al meeting di Aprile 2011. Accedendo direttamente al testo del report si apprende che il gruppo di lavoro aveva incluso, in una lista di 11 priorità per il proprio lavoro "communication with vaccine-hesitant populations" (Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, 2011, p. 206) ma, diversamente da quanto sostenuto dalla rappresentazione istituzionale (cfr. il già richiamato articolo di Schuster *et al.* 2015, p. 4158) non vi è alcun riferimento in merito alla "scivolosità" della sua definizione. L'espressione nella forma utilizzata per nominare lo stesso gruppo di lavoro – *Sage on Vaccine*

¹³ Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (2007), pp. 3-4.

Hesitancy – compare solo nel report successivo, relativo alla riunione svoltasi a novembre dello stesso anno. Per quanto la locuzione compaia in relazione alla campagna vaccinale in India contro la polio (Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, 2012, p. 7) e in relazione all’iniziativa *Decade of Vaccines Collaboration* (ivi, p. 8) è interessante sottolineare come tali riferimenti compaiano nel report della riunione che si apre con l’*endorsement* dello *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization* alla decisione del WHO di nominare un gruppo di esperti che si occupasse direttamente della questione (ivi, p. 3). Un particolare affatto trascurabile che inverte le dinamiche del processo di tematizzazione rispetto alla ricostruzione offerta dal gruppo stesso.

Quindi, la locuzione *vaccine hesitancy* viene ad essere introdotta ben prima dell’uscita dei report e dei lavori collegati al gruppo di esperti (WHO, 2014 e numero monografico di *Vaccine* 33[34]) trovando la propria ipostatizzazione nel nome stesso – attribuito in modo autonomo dal WHO – del gruppo di lavoro *Sage Working Group on Vaccine Hesitancy* e, prima ancora, nella call destinata a selezionarne i membri. Infatti, il mandato ricevuto dal gruppo, poco più che biennale (*expiration date* Novembre 2014), ruotava interamente attorno alla locuzione *esitazione vaccinale*, rispetto alla quale si chiedeva di realizzare una ricognizione declinata a livello territoriale e orientata al contesto, mirante ad identificarne cause, manifestazioni e impatti, e orientata ad identificare indicatori utili a rilevarla e appropriate azioni di contrasto¹⁴. Da un punto di vista di ipostatizzazione del fenomeno e della strategia argomentativa di sostegno tale passaggio risulta estremamente rilevante, da un lato, infatti, esso sottolinea anche in questo caso l’alleanza tra sapere e potere, secondo uno schema ben noto che ha visto la scienza ufficiale operare come “braccio operativo” delle ideologie (Harding, 1991); dall’altro, delinea con estrema chiarezza la retorica fondata sull’evidenza scientifica come regime di verità. La selezione dei saperi operata tramite la nomina dei membri ne è una diretta conseguenza. Tra gli 11 esperti ed esperte otto provenivano dall’area medica, epidemiologica ed infettivologica – ambiti scientifici nei quali, come abbiamo avuto modo di sottolineare, è nato e si è sviluppato l’approccio *evidence-based* – cui si aggiungono due antropologhe e una giornalista¹⁵.

¹⁴ Cfr. https://www.who.int/immunization/sage/sage_wg_vaccine_hesitancy_apr12/en/ contenuti riportanti anche nel citato numero monografico *Vaccine* 33[34], p.4158.

¹⁵ https://www.who.int/immunization/sage/sage_wg_vaccine_hesitancy_apr12/en/. Data di accesso: 02 ottobre 2020.

L'esitazione vaccinale come "fatto incapsulato"

Per ricostruire la carriera del concetto di *esitazione vaccinale* nell'ambito della letteratura scientifica procederemo analizzando la produzione precedente e successiva la pubblicazione del risultato dei lavori del gruppo *Sage on vaccine hesitancy* (WHO, 2014) ma, per le ragioni appena evidenziate, considereremo come rilevante anche il momento della stessa nomina del gruppo (2012) quale passaggio determinante ai fini dell'ipostatizzazione del concetto. La ricognizione della letteratura è stata realizzata attraverso una rassegna sistematica delle pubblicazioni scientifiche di riferimento attraverso una interrogazione delle due principali banche dati citazionali interdisciplinari esistenti e utilizzate a livello internazionale: *Web of Science*¹⁶ – da ora in avanti *WoS* – di Thomson Reuters e *Scopus*¹⁷ di Elsevier, i cui dataset attingono a riviste, collezioni monografiche e atti di convegno¹⁸. In considerazione dell'obiettivo conoscitivo si è proceduto ad un'interrogazione che ha utilizzato due diverse chiavi di ricerca, anzitutto "vaccin*AND hesita*" e, poi, la locuzione "vaccine hesitancy". Tali chiavi di ricerca sono state applicate a tre diversi periodi temporali, pre-2011 (ovvero precedente l'utilizzo della locuzione da parte del WHO per la pubblicazione della call volta ad identificare gli esperti che avrebbero fatto parte del gruppo), tra il 2012 e il 2014, ovvero quando la locuzione era stata fissata attraverso la nomina del gruppo ma mancava ancora una definizione del concetto, e post 2015, ovvero successiva alla pubblicazione dei risultati dei lavori del gruppo (WHO, 2014).

Attraverso la prima chiave di ricerca abbiamo inteso identificare la produzione scientifica che utilizzasse il concetto di esitazione, comunque declinato, in relazione alle pratiche vaccinali. Con la seconda chiave di ricerca, invece, intendevamo verificare quanto la locuzione utilizzata nel 2011 per bandire la call per la selezione di esperti del gruppo *Sage* fosse presente ed utilizzata dalla letteratura nei periodi di riferimento. In entrambi i casi il numero di prodotti di interesse è stato identificato eliminando i duplicati dal novero dei prodotti selezionati attraverso i due database.

¹⁶ Banca dati accademica nel campo delle scienze, scienze sociali, arti e discipline umanistiche la cui copertura, ai fini dell'area di interesse, è garantita in modo sistematico a partire dal 1970 (www.webofknowledge.com).

¹⁷ Una delle più complete banche dati bibliografiche di ambito scientifico, tecnologico, biomedico e delle scienze sociali tra le più complete a livello mondiale. La copertura è garantita dal 1996 ad oggi, ma vi sono indicizzate pubblicazioni anche precedenti (www.scopus.com).

¹⁸ Entrambi i database condividono un limite strutturale, ovvero la forte predominanza di riviste in lingua inglese, caratteristica più accentuata in *WoS*, una criticità che, in considerazione dell'ambito geografico e dell'orizzonte temporale di riferimento del presente studio, risulta meno problematica che in altri.

Gli articoli così identificati sono stati oggetto di un approfondimento quanti-qualitativo che ha focalizzato l'attenzione su quote differenti della produzione identificata allo scopo di rilevare tanto le dinamiche di incapsulamento dell'asserzione del dibattito scientifico che la presenza di contro-frames e contro-claims capaci di evidenziarne le condizioni di produzione. Nel primo caso, in riferimento alle pubblicazioni pre-2011, si è provveduto ad un'analisi qualitativa sull'intero universo degli articoli identificati. In riferimento al periodo 2012-2014 l'approfondimento, anche in questo caso di tipo qualitativo, ha riguardato unicamente i prodotti che utilizzavano la locuzione *vaccine hesitancy* – ipostatizzata dal WHO tramite la nomina del gruppo di esperti – allo scopo di verificare la definizione da questi adottata e le caratteristiche dell'asserto. Considerando la rilevanza del biennio di riferimento nel processo definizionale, abbiamo proceduto ad una prima disamina delle dinamiche citazionali, allo scopo di rilevare la permeabilità tra processo definizionale istituzionale e dibattito scientifico. Infine, l'analisi della produzione successiva al 2015 si è articolata in due linee di approfondimento dedicate rispettivamente alle due modalità argomentative della scienza, quella positiva e quella negativa. Nel primo caso si è proceduto con un approfondimento quantitativo, volto a rilevare le dinamiche tipiche della modalità argomentativa positiva della scienza tramite indicatori utili a verificare il processo di incapsulamento dell'asserzione all'interno della produzione scientifica e della sua definizione anche attraverso l'analisi delle dinamiche citazionali. Nel secondo caso l'analisi delle dinamiche tipiche della modalità negativa dell'argomentazione scientifica è stata realizzata attraverso un approfondimento qualitativo, concentrato sulla produzione proveniente dall'area scientifica delle scienze umane e sociali, attraverso il quale si è inteso verificare la presenza di contributi capaci di aprire il dibattito scientifico a frames differenti e contro-claims, mettendo in discussione le condizioni di produzione dell'asserzione oggetto di interesse.

Tornare a monte della definizione

L'analisi della produzione scientifica precedente il 2011 ha permesso di identificare un numero circoscritto di prodotti in cui il concetto di esitazione era posto in relazione con le pratiche vaccinali. Partendo dal primo articolo dedicato al tema, e risalente al 1994, solo 33 articoli scientifici declinavano la non aderenza tra domanda e offerta vaccinale attraverso il concetto di esitazione, e in quasi la metà dei casi si tratta di articoli pubblicati nell'ultimo anno di riferimento, il 2011, quello nel quale si situa, come abbiamo avuto modo di sottolineare, la decisione dell'OMS di istituire un gruppo di esperti sul tema (cfr. tab. 1). In proposito merita di essere evidenziato come la ricerca condotta attraverso la seconda chiave di interrogazio-

ne *vaccine hesitancy* dia risultati diversi da zero solo nell'ultimo biennio di riferimento, comparando in uno dei sei articoli pubblicati nel 2010 (Smith e Marshall, 2010) e in ben la metà degli articoli pubblicati nel 2011 (Frew *et al.*, 2011; Healy e Pickering, 2011; Limb, 2011; Opel, Mangione-Smith *et al.*, 2011; Opel *et al.*, 2011b; Payne *et al.*, 2011), anno in cui la decisione dell'OMS era nota.

Tab. 1 – Numero di pubblicazioni, chiave di ricerca “vaccin AND Hesita*” e “Vaccine Hesitancy” periodo di riferimento pre 2011. Wos e Scopus. Data di interrogazione 25 novembre 2020*

<i>Anno di pubblicazione</i>	<i>Vaccin* AND Hesita*</i>	<i>vaccine hesitancy</i>
1994	1	0
1999	1	0
2000	1	0
2001	2	0
2003	1	0
2004	1	0
2007	2	0
2008	2	0
2009	2	0
2010	6	1
2011	14	7
Totale	33	8

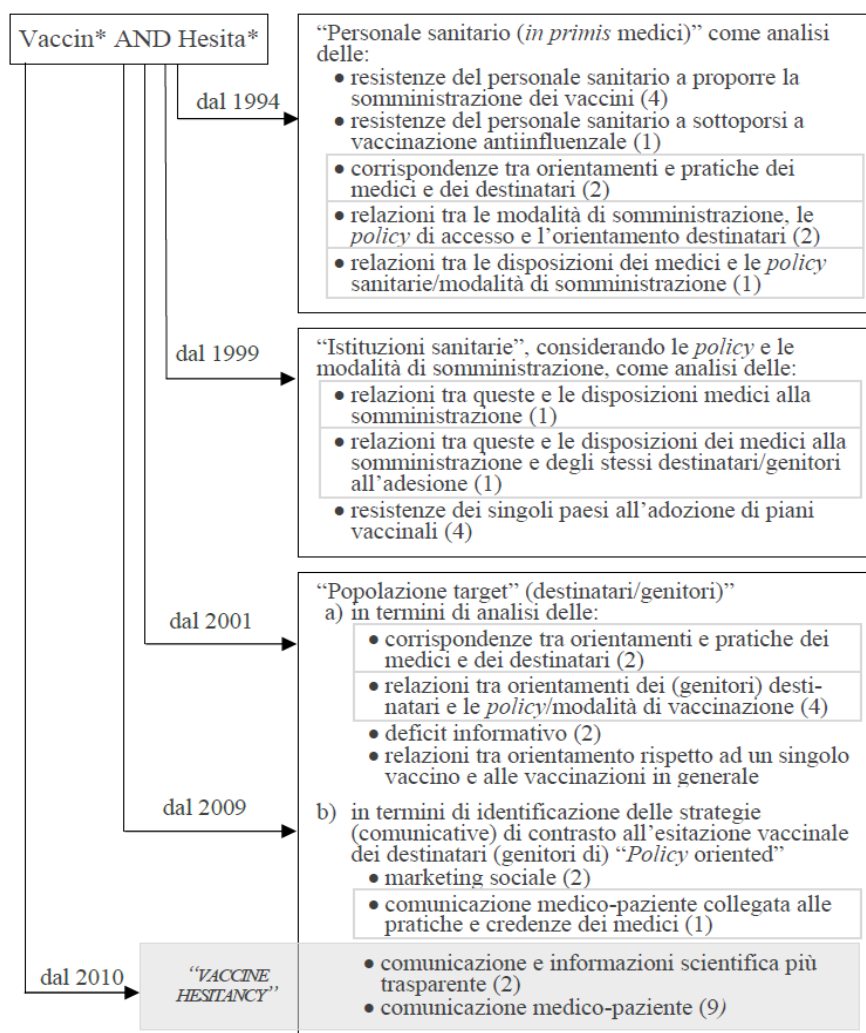
Entrando nel merito dell'analisi qualitativa compiuta sui 33 prodotti identificati, procederemo secondo un criterio diacronico, identificando i *frames* di riferimento, definiti attraverso il *come* e il *chi* collegati al concetto di esitazione in ambito di pratiche vaccinali. L'analisi compiuta ha permesso di identificare quattro principali *frames*: i primi tre di tipo analitico, nei quali l'esitazione alle pratiche vaccinali è considerata in relazione a specifici target e/o specifici vaccini o modalità vaccinali, mentre l'ultimo

presenta una forte torsione di tipo prammatico-operativo, essendo incentrato sulle azioni di contrasto del fenomeno definito a partire da una sola delle tre prospettive interpretative identificate. La prima a comparire, in ordine temporale, collega il concetto di esitazione alle pratiche poste in essere dal personale sanitario, ivi compresi i medici; la seconda è incentrata invece sulle pratiche istituzionali e sulle ragioni alla base dei diversi livelli di aderenza alle indicazioni OMS delle politiche di vaccinazione adottate dai diversi paesi; la terza a comparire, in ordine temporale, si sofferma sulle resistenze dei destinatari o dei loro *caregivers*. È all'interno di questa cornice di senso che fa la sua comparsa anche il quarto *frame*, dedicato all'identificazione di soluzioni al problema dell'esitazione della popolazione che, come vedremo, si è concentrato sulle pratiche comunicative riferite alla relazione medico-paziente o ai media (cfr. fig. 1).

L'analisi compiuta ha permesso di evidenziare come l'utilizzo del lemma "esitazione" in concomitanza con le pratiche vaccinali sia comparso per la prima volta nella letteratura scientifica nel 1994 in un articolo dedicato all'orientamento dei medici di un dipartimento di medicina d'urgenza a somministrare le vaccinazioni previste contro influenza e pneumococco (Wrenn, Zeldin e Miller, 1994). Tema che verrà ripreso nel 2000 in riferimento a medici di medicina generale e pratiche vaccinali contro l'influenza in pazienti asmatici (Innes, Beresford e Bedford, 2000), nel 2003, relativamente a un set più articolato di vaccinazioni nelle donne incinte (Sur, Wallis e O'Connell, 2003), nel 2008, in un articolo che sottolinea come l'errata attribuzione di decessi alla vaccinazione antiinfluenzale avesse scoraggiato molti medici dal proporre tale vaccinazione ai loro pazienti (Ainbinder *et al.*, 2008), e nel 2009, quando un editoriale fa emergere la scarsa propensione a vaccinarsi contro l'influenza suina H1N1 nello stesso personale sanitario a causa del suo contenuto in mercurio (Edlich *et al.*, 2009).

Il concetto di esitazione si estende alle pratiche delle istituzioni sanitarie di alcuni paesi con l'articolo del 1999 riferito al vaccino contro la pertosse a cellule intere, con elevato fattore di protezione ma anche più marcati effetti collaterali (Pines *et al.*, 1999), mentre un articolo del 2007 punta l'attenzione sui costi del vaccino contro il rotavirus come elemento cruciale nell'esitazione alla sua introduzione nei programmi vaccinali di alcuni paesi (Nakagomi e Cunliffe, 2007), tema ripreso in un articolo del 2010, che imputa al bilanciamento costi-benefici la scarsa diffusione del vaccino orale contro il rotavirus (Grimprel, 2010). Da ultimo, nel 2011, Velan (2011) sottolinea la correlazione tra variazione nelle politiche vaccinali e orientamento della popolazione; e Laval e colleghi, nello stesso anno, pongono in relazione la riluttanza dei medici alla somministrazione dei vaccini a questioni legate all'organizzazione dei programmi vaccinali e alle modalità più o meno agevoli di somministrazione dei vaccini stessi (Laval *et al.*, 2011).

Fig. 1 – Diagramma di flusso per frame e anno di comparsa



Nel 2001, per la prima volta, compare la relazione tra esitazione e orientamento espresso dalla popolazione, con specifico riferimento ai genitori dei destinatari, che si sviluppa attraverso tre principali linee argomentative. La prima, e più corposa, lega il *frame* dell’esitazione a quello delle *policy* e delle modalità di somministrazione. I primi due articoli a tematizzare questa relazione risalgono al 2001 ed evidenziano una resistenza dei genitori (Kolasa *et al.*, 2001), o di medici e genitori (Glode, 2001), a sottoporre i bambini a vaccinazioni che richiedessero iniezioni multiple nella stessa oc-

casione. Tale linea interpretativa verrà ripresa, più tardi, in un articolo del 2007 e declinata in relazione ad un altro aspetto delle politiche vaccinali, ovvero i costi. Vetter e Geller (2007), infatti, analizzano la riluttanza di medici e genitori a sottoporre le figlie al vaccino contro il papillomavirus a causa dei costi del vaccino stesso non coperto da molti piani assicurativi. In modo simile a quanto sostenuto da Oligive e colleghi che oltre al tema dei costi pongono in luce quello della scarsità di informazioni legate tanto al vaccino che al papilloma virus (Oligive *et al.*, 2010). Il *frame* del *deficit* informativo rappresenta il cuore della riflessione di un articolo coevo che inserisce all'interno di questa cornice l'esitazione riscontrata in un quarto delle donne incinte oggetto dello studio a sottoporsi al vaccino antiinfluenzale (Ozer *et al.*, 2010); ma anche di un articolo del 2008 che prende in esame l'orientamento di soldati e soldatesse a sottoporsi tanto a specifiche vaccinazioni pre-missioni all'estero che ad arruolarsi in campagne di vaccinazione sperimentali (Riddle *et al.*, 2008).

La relazione tra esitazione dei genitori ed esitazione dei medici viene tematizzata in modo differente in altri due articoli. Nel 2010 Ferris e colleghi esplorando l'esitazione dei genitori rispetto alla decisione di vaccinare le proprie figlie contro il papilloma virus, si soffermano sulla credenza che tale vaccinazione possa rappresentare una sorta di legittimazione al debutto sessuale, (falsa) credenza che scoraggerebbe tanto i genitori che gli stessi medici a proporre tale vaccinazione (Ferris *et al.*, 2010). L'anno successivo Schwartz e Caplan (2011) esaminano la relazione tra intenzione e capacità persuasiva dei medici e la loro stessa attitudine a vaccinarsi in prima persona.

Merita infine di essere menzionato un articolo del 2004, nel quale Alfredsson e colleghi ampliano lo spettro di osservazione, non limitando la loro analisi ad un unico vaccino, e arrivano a collocare la decisione relativa ad un singolo vaccino in un quadro più ampio, evidenziando come la decisione genitoriale di non far vaccinare i figli contro il morbillo spesso sia correlata con analoghe decisioni in merito ad altri tipi di vaccini, quali quelli contro difterite, poliomielite e tetano (Alfredsson *et al.*, 2004).

Le analisi fondate sul *deficit model* alimentano l'ultimo *frame* identificato, quello che affronta il tema dell'esitazione vaccinale in termini di *policy*. Tale approccio si delinea a partire dal 2009, in un articolo che propone il marketing sociale orientato a controbilanciare la comunicazione emozionale che prevale sui social e nei dibattiti pubblici impedendo una valutazione razionale dei benefici delle vaccinazioni e incidendo negativamente sulla fiducia della popolazione (Opel *et al.*, 2009). L'anno successivo, invece, attraverso un articolo dedicato ad esaminare l'esitazione dei genitori a sottoporre i propri figli a vaccinazione si identificano come fattori predisponenti la percezione dell'utilità della vaccinazione e dei rischi, e si introduce il tema della comunicazione medico-paziente e sulla necessità che i medici forniscano le informazioni necessarie per contrastare questo fenomeno (Lu-

thy *et al.*, 2010). Sulla stessa linea anche un articolo dello stesso anno che si propone di contrastare tali orientamenti entrando nel merito del processo di sperimentazione e produzione dei vaccini (Smith e Marshall, 2010) ed un altro del 2011 che invita ad una maggiore trasparenza sulla comunicazione dei rischi da parte degli scienziati (Limb, 2011). Nello stesso anno, l'ultimo oggetto di questa prima parte di revisione, si situano tutti gli articoli dedicati alla comunicazione, in un caso, declinata in termini di impatto dei media sull'orientamento vaccinale in tempi di pandemia (Arda *et al.*, 2011) e, in tutti gli altri, orientata ad evidenziare rilevanza della relazione e comunicazione medico-paziente, per contrastare le resistenze alla vaccinazione (Fernbach, 2011; Frew *et al.*, 2011; Healy e Pickering, 2011; Hughes *et al.*, 2011; Mirdamadi e Einarson, 2011; Opel e Diekema, 2011; Opel *et al.*, 2011a; Opel, Taylor *et al.*, 2011; Payne *et al.*, 2011; Schwartz e Caplan, 2011). Da notare come tutti gli articoli che utilizzano espressamente la locuzione *vaccine hesitancy* rientrino non solo nell'ultimo biennio ma nell'ultimo gruppo di articoli, specificamente in quelli dedicati al tema della comunicazione medico-paziente (cfr. fig. 1).

Una ultima notazione a margine della disamina, le riviste e le pubblicazioni identificate sono tutte riconducibili all'ambito medico, così come gli autori di riferimento (nessuno dei quali rientra tra gli "esperti" che verranno nominati all'interno del *Sage working group*).

Sull'argomentare della scienza a valle della definizione

La ricognizione della letteratura scientifica è proseguita in riferimento all'orizzonte temporale 2012-2014 in cui la locuzione *vaccine hesitancy* era stata fissata dalla nomina del *Sage Working Group* senza che, tuttavia, ne fosse stata data una definizione. Il primo elemento degno di nota è il dato quantitativo: in soli 3 anni si vede più che triplicare il numero di articoli rispetto all'intero periodo precedente. Non soltanto, il rapporto tra articoli che utilizzano l'espressione "vaccine hesitancy" nell'ambito degli articoli che ponevano in relazione il concetto di vaccinazione e quello di esitazione si ribalta arrivando ad una media del 71%, all'interno di un trend in crescita, che passa dal 33% del 2012 all'81% del 2014 (Cfr. tab. 2).

È inoltre interessante sottolineare come in tutti gli articoli identificati si registri una reificazione del concetto, che viene trattato come un asserto e operativizzato in diversi contesti, con sole quattro eccezioni, due riconducibili agli esperti nominati all'interno del *Sage Working Group*, di cui ci occuperemo in seguito, e due riferibili ad altri gruppi di ricerca (Ketterer *et al.*, 2013; Yaqub *et al.*, 2014). Il primo articolo ripercorre il fenomeno della resistenza alle vaccinazioni attraverso una ricognizione della letteratura di riferimento che sottolinea come la resistenza alle pratiche vaccinali nella

comunità medica affondi le proprie radici nella resistenza espressa dalla stessa comunità di fronte alla scoperta di Jenner, che mostrò un atteggiamento molto prudente rispetto ad una pratica di inoculare, in un corpo sano, un agente patogeno.

Tab. 2 – Numero di pubblicazioni, chiave di ricerca “vaccin AND hesita*” e “Vaccine Hesitancy” periodo di riferimento 2012-2014. Wos e Scopus. Data di interrogazione 25 novembre 2020*

<i>Anno</i>	<i>Vaccin* AND Hesita*</i>	<i>vaccine hesitancy</i>	<i>%</i>
2012	18	6	33%
2013	39	30	77%
2014	43	35	81%
Totale	100	71	71%

La questione, tutt’altro che superata, viene tematizzata dagli autori in relazione agli orientamenti ancora diffusi nella classe medica in relazione alla scarsa pratica di sottoporsi al vaccino antiinfluenzale nonché alle evidenze emerse in alcuni studi legati alle perplessità degli stessi medici relativamente all’utilità della vaccinazione infantile e alla stessa sicurezza dei vaccini. L’articolo sottolinea inoltre come le resistenze a tali pratiche da parte della popolazione affondino le loro radici nell’introduzione dell’obbligo vaccinale, percepito come una ingerenza inopportuna, ingerenza che appare sempre più inaccettabile a fronte della progressiva affermazione dei diritti all’informazione dei pazienti, all’interno di una relazione terapeutica che si va delineando, anche da un punto di vista giuridico come sempre meno asimmetrica. Evidenzia inoltre la rilevanza crescente dei media, quali cassa di risonanza di effetti collaterali delle vaccinazioni, anche senza adeguate verifiche scientifiche. Nella rassegna il ruolo dei movimenti anti-vaccinisti e la loro crescente visibilità viene considerato seppur come elemento di minore rilevanza, nonostante la loro crescente visibilità on line. Anche l’articolo del 2014, che fa esplicito riferimento al concetto di esitazione vaccinale, si pone come una ricognizione della letteratura di riferimento, dedicata all’attitudine alle vaccinazioni tra pubblico e professionisti sanitari. Interessante notare come la ricognizione compiuta identifichi in entrambi i gruppi come ragione principale per la mancata aderenza alla vaccinazione la percezione della insicurezza dei vaccini stessi. In questo articolo il ruolo di internet viene invece enfatizzato come luogo di sovra rappresentazione delle istanze contrarie alla vaccinazione, con il rischio di impatti negativi sulla fiducia. Sarebbe quindi necessario, si sostiene, aumentare la

presenza anche delle istanze pro-vaccini. Non solo, considerando la rilevanza della percezione di insicurezza e rischio si suggerisce di investire ulteriormente in quella direzione. Interessante è il focus dedicato alla relazione medico paziente e al poco spazio-tempo dedicato dai professionisti per affrontare la questione ma anche una maggiore attenzione e preparazione del personale sanitario in relazione ai vaccini per fugare le loro stesse paure e permettere una loro più efficace attività di persuasione

Esaminando le revisioni del concetto riconducibili al *Sage Working Group* (Dubé *et al.*, 2013; Larson *et al.*, 2014) emergono due aspetti connotanti l'approccio che caratterizzeranno la definizione proposta dal gruppo. Il primo aspetto da sottolineare riguarda la declinazione dell'esitazione vaccinale come comportamento individuale, influenzato da molteplici fattori che analizzeremo tra poco, e l'abbandono della polarizzazione tra "pro" e "anti" in favore di una interpretazione che pone gli orientamenti e comportamenti individuali all'interno di uno spettro, un *continuum* che trova nelle due polarità definite attraverso i suffissi richiamati le sue posizioni estreme. L'analisi condotta da Dubé e colleghi li porta a considerare la rilevanza degli aspetti socio-culturali del contesto, soffermando l'attenzione su quelli che considerano i più rilevanti: il ruolo dei media e della comunicazione, del sistema sanitario pubblico e delle politiche di vaccinazione e dei professionisti sanitari. In riferimento al primo punto l'articolo passa in rassegna tutte le evidenze relative alla rilevanza dei media (con particolare riferimento ai nuovi media) e della comunicazione nel diffondere credenze e orientamenti specifici legati alle vaccinazioni. Il capitolo dedicato al ruolo delle politiche pubbliche e dei sistemi sanitari richiama molto brevemente gli studi che hanno evidenziato l'effetto negativo dell'introduzione di piani vaccinali obbligatori, in quanto la quota di genitori contraria all'obbligo risulta significativamente più alta rispetto a quella che non crede nella sicurezza o nella capacità preventiva dei vaccini (Dubé *et al.*, 2013, p. 1766), per passare a considerare il ruolo della comunicazione pubblica in materia e l'effetto del successo dei piani vaccinali nell'allontanare la percezione del rischio rappresentata dalle malattie, nella popolazione e nei professionisti sanitari. Interessante è qui evidenziare come l'articolo richiami la necessità di superare l'approccio del *knowledge deficit model (of communication)*, in quanto fondato su un destinatario razionale e su una modalità decisionale di tipo probabilistico. L'articolo suggerisce quindi una modalità comunicativa orientata sui bisogni dei destinatari e su nuove strategie che coinvolgano direttamente i destinatari. La parte dedicata al ruolo dei professionisti sanitari evidenzia come la letteratura abbia dimostrato una forte correlazione tra attitudini e pratiche dei professionisti sanitari, medici e infermieri, e orientamenti e pratiche dei loro pazienti. Nonostante la maggioranza dei professionisti supporti le pratiche di vaccinazione l'articolo sottolinea, senza alcun aspetto propositivo, il permanere di resistenze. La parte propositiva in-

siste sulla necessità di sostenere il personale sanitario che si confronti con pazienti che manifestano dubbi o contrarietà rispetto alla vaccinazione. Come si è anticipato, tuttavia, la prospettiva adottata dal *Sage Working Group* è di tipo individuale, come chiaramente evidenziato dalla seconda parte dell'articolo che è interamente dedicato alle dimensioni attorno alle quali ruota il processo decisionale individuale: «our focus is on the psychosocial factors affecting vaccine acceptance at the individual level» (*ivi*, p. 1768). Le dimensioni analizzate riguardano: le informazioni attorno alle vaccinazioni, la pregressa conoscenza dei servizi di vaccinazione, la percezione della rilevanza del vaccino per la tutela della salute, le raccomandazioni dei professionisti sanitari e l'utilizzo della Medicina Alternativa e Complementare (CAM), la percezione del rischio vaccinale (in relazione alle differenti dimensioni che entrano nella valutazione costi-benefici), la fiducia (declinata come fiducia nei professionisti sanitari, nel governo/autorità pubblica e anche nelle case farmaceutiche), le norme sociali e la percezione soggettiva della vaccinazione come un obbligo sociale o morale per arrivare a considerare nell'ultimo paragrafo le convinzioni morali o religiose.

L'anno successivo l'articolo di Larson e colleghi declina la rassegna bibliografica nel “modello dei determinanti dell'esitazione vaccinale” del *Sage Working Group on Vaccine Hesitancy*. Un modello che si pone in linea di continuità con l'approccio evidenziato nell'articolo di Dubé e colleghi – che propone una sistematizzazione dei determinanti attorno a tre poli: influenze di contesto, influenze individuali e di gruppo, questioni legate alla vaccinazione – radicalizzando ulteriormente l'approccio individuale. Ad esempio, il modello proposto riconduce alla prima dimensione il livello socio-economico e il grado di istruzione che nei loro estremi possono esitare in comportamenti opposti, sostenendo tanto l'adesione che il rifiuto, oltre che il sistema di comunicazione. L'articolo si chiude con l'appello alla necessità di identificare un set di indicatori capace di monitorare adeguatamente l'andamento del fenomeno nei vari contesti.

Analizzando il sistema citazionale nell'ambito del periodo di riferimento in entrambi i database si scopre come solo 4 articoli superino le 10 citazioni, tutte sostanzialmente riconducibili all'approccio del *Sage Working Group on Vaccine Hesitancy*. Entrambi i database identificano come articolo più citato – 19 citazioni secondo Scopus e 17 per WoS – un articolo di Larson e colleghi (2013) di taglio operativo dedicato a misurare, attraverso un'indagine di secondo livello, l'aderenza vaccinale in vari paesi. Gli altri due articoli riconducibili al *Sage Working Group* sono i due articoli che abbiamo esaminato nelle righe precedenti (Dubé *et al.*, 2013 e Larson *et al.*, 2014) e si posizionano nel database di Scopus al terzo posto a pari merito con 15 citazioni, mentre secondo WoS il numero di citazioni vede in vantaggio l'articolo di Larson *et al.* che con 12 citazioni si posiziona al terzo

posto facendo scivolare l'articolo di Dubé *et al.* al quarto, con 11 citazioni. In entrambi i database il quarto articolo ad aver ottenuto più di dieci citazioni si colloca al secondo posto (con 16 citazioni per Scopus e 14 per WoS) ed è rappresentato dal già menzionato articolo di Sadaf e colleghi (2013) che, come abbiamo sottolineato, dichiara esplicitamente di adottare un approccio in linea con il lavoro del *Sage Working Group*.

Abbiamo detto di come gli studi del gruppo *Sage* abbiano condotto, nel rispetto del mandato ricevuto, alla pubblicazione del Report, pubblicato il 12 novembre 2014 (WHO, 2014). È interessante qui sottolineare il passaggio già richiamato altrove, relativo alla pubblicazione degli stessi nell'ambito di una rivista scientifica *peer-reviewed*, la già menzionata rivista *Vaccine*, il cui numero 33(34) del 2015 è interamente dedicato ad ospitare i risultati del lavoro del gruppo *WHO Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy*. Il numero è composto da 9 articoli, oltre all'editoriale. Dopo aver illustrato il mandato e i metodi (Schuster *et al.*, 2015) il numero propone un articolo dedicato alla definizione del concetto e ai suoi determinanti che riprende in modo sintetico i contenuti degli articoli già analizzati e pubblicati dal gruppo nel 2013 e 2014 (MacDonald e Sage WG, 2015). L'esitazione vaccinale è definita come

il ritardo nell'accettazione o il rifiuto della vaccinazione, nonostante la disponibilità dei servizi vaccinali. L'esitazione sui vaccini è un fenomeno complesso e strettamente legato a fattori di contesto, variando nel tempo e nello spazio e in riferimento al vaccino stesso. È influenzato da fattori quali compiacenza, convenienza e fiducia¹⁹ (*ivi*, p.4163).

I due articoli che seguono offrono strumenti o esempi “diagnostici” dedicati a rilevare il fenomeno (Larson *et al.*, 2015; Butler *et al.*, 2015) mentre i restanti cinque articoli si concentrano sulle strategie di contrasto, prima attraverso due articoli di ricognizione della letteratura di riferimento (Jarrett *et al.*, 2015; Dubé *et al.*, 2015) a cui seguono due articoli che si propongono di contrastare il fenomeno attraverso la comunicazione e il social marketing (Nowak *et al.*, 2015; Goldstein *et al.*, 2015) e, infine, con un ultimo articolo che richiama alla necessità di continuare ad investire sullo studio del fenomeno nelle sue declinazioni ai diversi livelli territoriali e sull'implementazione e validazione di strumenti di contrasto (Eskola *et al.*, 2015).

La revisione sistematica della letteratura di riferimento, riferita al periodo successivo alla pubblicazione del numero della rivista *Vaccine* (2015-2020), evidenzia il procedere della modalità positiva dell'argomentazione

¹⁹ In inglese noto come “il modello delle tre c” (*complacency, confidence e convenience* (*ibidem*)).

scientific²⁰. Da un lato l'attenzione della comunità scientifica per il tema vede un incremento significativo – rispetto al periodo precedente si passa da una media di 33 prodotti annui a 230, mentre all'interno dell'arco temporale di riferimento il tasso medio annuo di crescita è pari al 140% circa – dall'altro, sempre più spesso, l'utilizzo dei concetti di esitazione riferito alle pratiche vaccinali viene ad essere declinato come *vaccine hesitancy* (cfr. tab. 3).

Tab. 3 – Numero di pubblicazioni, chiave di ricerca “vaccin* AND hesita*” e “vaccine hesitancy” periodo di riferimento 2015-2020. Scopus e WoS.. Data di interrogazione 25 novembre 2020

Anno	Vaccin* AND Hesita*		vaccine hesitancy		%	
	Scopus	WoS	Scopus	WoS	Scopus	WoS
2015	84	81	68	59	82%	73%
2016	100	110	72	76	72%	69%
2017	140	165	106	101	76%	61%
2018	210	250	163	181	78%	72%
2019	336	361	292	267	87%	74%
2020	500	421	433	324	87%	77%
Totale	1370	1388	1134	1008	83%	73%

L'analisi quantitativa dedicata ad analizzare il processo di ipostatizzazione dell'asserzione nella sua definizione fornita dal gruppo Sage è proseguita considerando separatamente le due fonti di dati. In entrambi i casi si è proceduto prendendo in considerazione tanto la collocazione editoriale dei prodotti scientifici che il sistema citazionale. Per verificare l'incidenza della modalità argomentativa positiva della scienza rispetto alla negativa abbiamo proceduto per differenza, concentrando la nostra attenzione nell'identificazione di quest'ultima. Si è provveduto ad un'interrogazione mirata ad identificare l'appartenenza disciplinare dei prodotti allo scopo di

²⁰ In questo caso, in ragione dei numeri di riferimento, non si è proceduto ad un'analisi incrociata delle due fonti (procedimento che riserveremo all'analisi qualitativa; cfr. *infra*, paragrafo successivo). I dati sono pertanto restituiti per giustapposizione.

isolare quelli provenienti dall'area delle Scienze Umane e Sociali (SSH) stimando che da queste aree disciplinari potessero provenire contributi con modalità argomentative negative (comprendendo al suo interno anche quelli categorizzati come "multidisciplinari"). Selezionando all'interno di Scopus²¹ la funzione che permette di identificare le pubblicazioni in base all'area disciplinare si è ottenuto un bacino potenziale di 175 prodotti, mentre in WoS è stato identificato un bacino potenziale di 58 articoli²². Procedendo all'eliminazione dei prodotti duplicati si è ottenuto, nel primo caso, un bacino di 142 prodotti scientifici mentre nel secondo si è verificata l'assenza di duplicati. In entrambi i casi si è proceduto nell'analisi di contenuto operata sul titolo e sull'abstract allo scopo di identificare quelli che proponevano declinazioni diverse del concetto. Solo 24 dei 142 prodotti identificati in Scopus e 19 tra i 58 prodotti identificati in WoS rispondevano alle caratteristiche richieste, delineando un'incidenza di prodotti che adottano una modalità argomentativa negativa del tutto trascurabile (attorno allo 0,2%).

Ci occuperemo di analizzare nel merito questi articoli, le "voci fuori dal coro", nel paragrafo successivo per considerare in questa sede come i prodotti riconducibili all'area delle scienze della vita si pongano in linea di continuità con gli auspici espressi dallo stesso *Sage Working Group* nel già citato articolo di chiusura del numero monografico della rivista *Vaccine* (Eskola *et al.*, 2015), proseguendone il lavoro. Ricordiamo tra i moltissimi articoli quello di Betsch e colleghi (2018) che integra il modello fondato sulle tre C con altri di due predittori psicologici (*calculation* e *collective responsibility*) e ampliando il novero di strumenti e dispositivi di intervento. Tra questi ultimi merita di essere ricordato, per il successo ottenuto, il C.A.S.E. method (*Corroborate, About Me, Science and Explain/Advise*), che si offre come strumento di supporto rivolto al personale sanitario per la gestione clinica dei pazienti esitanti (Jacobson *et al.*, 2015).

Il processo di consolidamento dell'asserzione è chiaramente evidenziato anche dall'analisi delle dinamiche citazionali. Nell'arco temporale in esame il data base Scopus restituisce una dinamica citazionale che evidenzia una posizione predominante del *Sage Working Group on Vaccine Hesitancy*. I primi tre articoli per numero di citazioni sono infatti tutti riconducibili a quel gruppo: in ordine di numero di citazioni Larson *et al.*, 2014, con 419 citazioni, MacDonald e Sage WG, 2015, con 399, e Dubé *et al.*, 2013, citato 320 volte. Al quarto posto troviamo il già menzionato articolo di Yaqub

²¹ In questo caso si sono selezionati gli articoli categorizzati come "Art and Humanities", "Social Sciences" e "Multidisciplinary" (rispettivamente N=52; N=36 e N=87), anche in questo caso abbiamo circoscritto la selezione alle prime 10 categorie.

²² In questo caso si sono selezionate le due categorie, tra le prime 10 della lista per numerosità di prodotti, "Social Sciences Biomedical" e "Multidisciplinary Sciences" (rispettivamente N=32, e N=26).

e colleghi (2014) con 246 citazioni e al quinto quello di Phadke e colleghi (2016) che si occupa di analizzare la correlazione tra recrudescenza di due malattie (morbillo e pertosse) e rifiuto vaccinale. Considerando solo i prodotti che superano le 100 citazioni, ovvero i primi 20 articoli nella classifica dedicata, troviamo altri 4 articoli riconducibili al *Sage Working Group* (al settimo, ottavo, dodicesimo e tredicesimo posto; in tutti i casi si tratta di articoli pubblicati nel numero monografico della rivista *Vaccine* 33; rispettivamente Dubé, Vivion e MacDonald 2015; Jarrett *et al.*, 2015, Larson *et al.*, 2015; Dubé, Gagnon and MacDonald, 2015) e di altri 9 articoli che applicano il concetto operativizzandolo in diversi ambiti. Merita di essere qui evidenziato come nel novero degli articoli che superano le 100 citazioni compaiano anche due articoli (rispettivamente al sedicesimo e diciannovesimo posto) che declinano l'esitazione vaccinale in modo differente rispetto alla proposta del gruppo di Sage, occupandosi di esplorare, in modo coerente con l'origine del concetto stesso, l'esitazione vaccinale dei medici, secondo una definizione che, tuttavia, risulta una trasposizione di quella utilizzata dal gruppo Sage (Paterson *et al.*, 2016 e Verger *et al.*, 2015).

Una dinamica citazionale simile a quella rilevata interrogando il database WoS. Anche in questo caso i primi tre articoli sono riconducibili al *Sage working group on vaccine hesitancy* anche se i prodotti identificati e il numero di citazioni non coincidono con quanto restituito da Scopus. Al primo posto, infatti, compare l'articolo che nell'analisi precedente risultava al secondo (MacDonald e Sage WG, 2015) con 361 citazioni, seguito da un altro articolo pubblicato nel numero monografico della rivista *Vaccine* che risulta all'ottavo posto della classifica di Scopus (Jarrett *et al.*, 2015), con 191 citazioni, e al terzo posto l'articolo che in Scopus risultava al settimo (Dubé, Vivion e MacDonald, 2015), con 189 citazioni. In questo caso i prodotti che superano le 100 citazioni sono solo i primi dieci in classifica e all'interno di questo novero si trovano altri due articoli del numero monografico della rivista *Vaccine* (al quinto posto Dubé, Gagnon e MacDonald con 128 citazioni e Larson *et al.* con 119). Tra gli articoli che superano le 100 citazioni viene menzionato, all'ottavo posto, con 101 citazioni, il già citato articolo di Paterson e colleghi (2016) mentre l'altro (Verger *et al.*, 2015) compare al dodicesimo posto con 87 citazioni.

Voices off: scienza e contro claims

Le operazioni volte ad identificare le principali dinamiche ascrivibili alla modalità positiva dell'argomentazione scientifica hanno condotto, come abbiamo evidenziato nel paragrafo precedente, all'identificazione in Scopus di 24 prodotti ascrivibili alla modalità negativa dell'argomentazione scientifica e in WoS di 19 prodotti riconducibili alla stessa modalità. Intendendo

verificare ed esaminare anche le modalità di argomentazione negativa della scienza abbiamo proceduto ad identificare il bacino potenziale di prodotti ascrivibili a tale modalità combinando le due liste ed eliminando i duplicati. Siamo giunti ad identificare 37 prodotti.

Di questi 12, puntano l'attenzione sulle pratiche e gli orientamenti del personale sanitario, recuperando la declinazione originaria del concetto (Handy *et al.*, 2017; Oku *et al.*, 2017; Ward *et al.*, 2017; Kim *et al.*, 2019; Pharm *et al.*, 2019; Deem *et al.*, 2020; Harmon, Favour e MacDonald, 2020; Stefanoff *et al.*, 2020; Wilson *et al.*, 2020) in alcuni casi considerando, diversamente dalla tradizione di lavoro precedente, anche il sistema di valori dei professionisti dell'area della *Complementary and Alternative Medicine* (CAM; Attwell *et al.*, 2018; Deml *et al.*, 2019; Filice *et al.*, 2020); mentre due, comparsi nel 2020, pongono in relazione la dimensione individuale della scelta nell'ambito del contratto sociale, considerando la dinamica autoalimentante della crescita del numero di coloro che decidono di non sottoporsi al vaccino (Korn *et al.*, 2020) piuttosto che rubricando l'esitazione come devianza, secondo una declinazione funzionalista (Arefin *et al.*, 2020).

Un numero più significativo di articoli riprende la critica al modello interpretativo del *knowledge deficit model* che abbiamo visto essere oggetto di critica da parte del *Sage Working Group*, ma nell'esaminare criticamente questa prospettiva tali contributi introducono *frames* interpretativi differenti. In questa direzione Goldenberg (2016) evidenzia la necessità di superare tale paradigma (ancora prevalente) in favore di prospettive contestuali capaci di considerare la complessità dei processi sociali implicati e di mobilitarli attraverso processi dialogici capaci di ricostruire la fiducia tra gli attori coinvolti. Il problema non risiederebbe in una scarsa informazione o preparazione scientifica del pubblico, che risulta particolarmente elevata proprio nella popolazione cosiddetta esitante, e neanche nel riconoscimento da parte di questi ultimi della validità del "metodo scientifico", ma nel mancato riconoscimento della molteplicità delle forme di conoscenza (Brunk, 2020) che ha prodotto processi di stigmatizzazione che hanno radicalizzato il dibattito, precludendo la possibilità di percorrere la via di un dialogo più aperto e rispettoso (Koltai e Fleischmann, 2017). Tematiche che vengono esplorate da un articolo del 2020 che analizza la questione attraverso il *public understanding of science* (Vuolanto *et al.*, 2020). In questo articolo si introduce un nuovo modello interpretativo *Everyday Fringe Medicine* (EFM) fondato sulle pratiche quotidiane di cura e sul loro valore epistemico. Interessante è sottolineare come questo paradigma intenda superare quello del CAM. Per questa via l'Autrice sottolinea come non vi sia rifiuto o opposizione al sapere medico e al suo sistema di conoscenza ma il desiderio di contribuire al suo sviluppo.

Il tema del riconoscimento, in relazione alle dinamiche di attivazione di *cleavage* da parte degli attori sociali e politici, viene esplorato da Ward, in un articolo del 2016, che arricchisce la prospettiva interpretativa delle motivazioni all'azione degli "esitanti" considerando il loro intreccio con le dinamiche di attivazione del *cleavage* operate dai movimenti sociali (Ward, 2016). Un'interpretazione che si sposa con argomentazioni che abbiamo già visto emergere in Williamson e Glaab (2018) in due successivi articoli a firma anche dello stesso Autore (Ward *et al.*, 2019; Ward *et al.*, 2020) che invocano processi partecipativi e deliberativi a sostegno delle decisioni pubbliche in materia di vaccinazioni come possibili vie di ri-legittimazione delle politiche pubbliche in materia. La combinazione tra i due *frames* si sviluppa anche attraverso altre due linee interpretative, una che la collega direttamente alla politicizzazione e radicalizzazione del tema nel dibattito politico, tanto a livello nazionale che locale (Buckman *et al.*, 2020; Hornsey, Finlayson *et al.*, 2020; Speed e Mannion, 2020) e l'altra che sottolinea, in modo più compiuto, l'inadeguatezza di un modello interpretativo basato unicamente sul livello individuale (Attwell e Smith, 2017; O'Doherty, Smith e McMurtry, 2020). In questi articoli la dimensione dell'orientamento all'azione viene interpretato a partire dall'orientamento al valore nella sua dimensione sociale e collettiva, collegandolo alle appartenenze e identità attraverso la teoria dell'identità sociale e dei processi di categorizzazione.

Il processo di *decision-making*, questa volta inteso come processo decisionale pubblico orientato alla produzione della norma, viene ad essere messo in discussione da un articolo del 2018 che sottolinea come le politiche vaccinali tendano a configurarsi come di tipo *top-down* secondo un approccio non in linea con il divenire dei processi di legittimazione in ambito sanitario (Williamson e Glaab, 2018), secondo una prospettiva che collega la resistenza ad aderire alle prescrizioni in tema di vaccini alla crisi di legittimazione istituzionale. La relazione tra resistenza e cogenza normativa viene esplorata anche, da un punto di vista teorico, in un articolo del 2019 che sottolinea la necessità di considerare la pluralità di riferimenti culturali e valoriali presenti nel contesto di riferimento (Navin e Attwell, 2019). La questione del riconoscimento di diversi paradigmi epistemici è tematizzata l'anno successivo anche da Roberts e Mitchell (2020) che, nel dar voce alle ragioni addotte dalle giovani donne che hanno rifiutato la vaccinazione contro l'HPV, sottolineano la relazione tra scelte e decisioni e processi di produzione identitaria del sé, nonché sui differenti paradigmi epistemici utilizzati per costruire i significati, con particolare riferimento alle implicazioni connesse con l'assunzione del rischio.

Anche la connessione con il *frame* della fiducia viene declinata, nei prodotti identificati, in modo differente rispetto al paradigma interpretativo proposto dal *Sage Working Group*. La sfiducia della popolazione in rela-

zione, in particolar modo alle case farmaceutiche, viene infatti analizzata e considerata come costruito sociale in un articolo del 2017 (Attwell *et al.*, 2017), piuttosto che in relazione alle rappresentazioni sociali della malattia e del rischio (Mesch e Schwirian, 2019) e declinata considerando orientamenti al valore condivisi su base culturale o religiosa (Bramadat, 2020). La sfiducia viene posta, infine, in relazione alla percezione del rischio e con dimensioni identitarie e appartenenze e sistemi di credenze collettive, con particolare riferimento alla medicina omeopatica, in un articolo del 2020 (Breakwell, 2020). Questo contributo interseca tanto il tema della dimensione epistemica – intesa come fiducia verso differenti sistemi di sapere (in modo analogo Hornsey, Lobera *et al.* 2020), come violenza (di carattere epistemico) quale tratto connotante l’azione istituzionale (Lalumera, 2018), piuttosto che in connessione con l’emergere di epistemologie individualiste basate sull’esperienza personale (tema che verrà ripreso in relazione alla partecipazione a reti sociali, con particolare riferimento ai social network, da Duchsherer e colleghi nel 2020) – che la questione del rischio, della sua percezione, della sua costruzione nelle società post-moderne. Tema che viene esplorato, attraverso una prospettiva costruttivista e relazionale, da Calnan e Douglass (2020).

Prima di passare a considerare alcune delle questioni più rilevanti emerse dall’analisi, è bene sottolineare come i *frames* e *claims* che abbiamo visto emergere analizzando le modalità argomentative negative della scienza non rappresentino delle novità assolute. Si tratta, infatti, di linee interpretative presenti nella letteratura di riferimento che, tuttavia, prima della pubblicazione di questi contributi, procedeva, in virtù della segmentazione del sapere e dei suoi domini, secondo binari paralleli, all’interno della letteratura dedicata ai movimenti sociali, piuttosto che alla sociologia o filosofia della scienza. Il merito di questi articoli, quindi, risiede non tanto nell’aver introdotto nel dibattito scientifico argomentazioni e linee interpretative nuove, ma di aver aperto il dibattito dedicato all’esitazione vaccinale a categorie utili a decostruire l’unilinearità dell’approccio e della definizione *mainstream*.

Conclusioni

L’analisi diacronica del processo di *claims-making* attorno all’esitazione vaccinale come problema sociale ha permesso di evidenziare la centralità dell’alleanza tra letteratura scientifica e politiche pubbliche quale fonte di legittimazione simbolica, politica e culturale. Lungi dal rappresentare un elemento accessorio o un accelerante del processo, la sinergia che si è andata consolidando tra istituzioni politiche e sapere scientifico si rivela un elemento costitutivo del linguaggio, dell’*idioma*, del regime di verità che ha permesso il riconoscimento dei *claims* riconducibili all’asserto *vaccine he-*

sitancy. Un *idioma* che si fonda sulla retorica dell'*evidence-based approach*, utilizzata dalle istituzioni quale regime di verità capace di legittimare l'azione pubblica, in quanto fondata sulla *realtà*, su una base empirica fatta di *dati*, *oggettivi* e *reali*, e, quindi, *veri*.

L'analisi della storia naturale del processo di *claiming* ha permesso di evidenziare come, nella fase precedente l'azione istituzionale, la letteratura scientifica utilizzasse il concetto di esitazione, in relazione alle pratiche vaccinali, riferendolo ad una pluralità di attori (personale sanitario, istituzioni pubbliche e, infine, popolazione di riferimento). È solo a seguito dell'azione dell'OMS che si è realizzato il processo di ipostatizzazione del concetto di esitazione vaccinale associato al processo decisionale individuale dei destinatari delle politiche pubbliche in materia. Una definizione che si è imposta nella letteratura scientifica attraverso la modalità di argomentazione positiva della scienza che ha progressivamente oscurato le condizioni di produzione dell'asserto. Una definizione che si costituisce a partire dal connubio tra scienza e potere. Da un lato, come altri contributi nel presente volume osservano (Pellizzoni, questo volume), l'approccio individuale risulta perfettamente in linea con le dinamiche di governabilità in atto, e il processo di responsabilizzazione promossa nei confronti degli individui. Dall'altro l'approccio *evidence-based*, che declina la scienza come strumento a sostegno del processo decisionale, ha prodotto una torsione della stessa fase analitica in favore delle dimensioni "operative" che, in questo caso, ha determinato la centralità assunta dalla dimensione comunicativa per superare le resistenze individuali, interpretate alla luce del *knowledge deficit model*, per quanto declinato in modo da considerare l'aspetto emotivo, oltre a quello razionale.

Come sottolineato anche in altri contributi del presente volume (Mele *et al.*, questo volume) il prevalere di un approccio permeato sul *deficit model* costituisce una criticità non secondaria tanto a livello interpretativo che operativo. Criticità che non viene superata nell'asserto del gruppo Sage nel quale, come abbiamo visto, la critica al modello si sostanzia nel superamento del regime di razionalità puro, orientando l'azione istituzionale nell'ambiente comunicativo a favore di dimensioni di tipo emotivo e non razionale che risulterebbero cruciali nel determinare il posizionamento dei singoli. Una simile interpretazione, pur meritoria nel suo abbandonare un approccio puramente razionalistico, offre un esempio perfetto del processo di semplificazione, operato attraverso l'asserto, della complessità dei processi e dei fenomeni che, invece, emergono nella loro multidimensionalità nell'argomentare negativo della scienza. I contributi analizzati evidenziano infatti come i soggetti c.d. esitanti dimostrino un elevato grado di socializzazione alla scienza e di riconoscimento del suo metodo, e si facciano carico, in prima persona, della responsabilità della propria "ottimizzazione" e delle scelte collegate con la propria salute e, in ultimo, con la propria vita.

Attori che sono interpreti del già citato processo di personalizzazione della scienza che non muove nella direzione di un suo rifiuto o misconoscimento ma che, al contrario, chiedono un suo ripensamento. Un ripensamento che va nella direzione opposta rispetto ai processi di semplificazione che abbiamo visto operare nelle rappresentazioni ufficiali, fondate sulla riaffermazione della scienza e del suo metodo quale unica via per giungere alla verità e da cui derivano forme di violenza epistemica di cui i processi di stigmatizzazione delle posizioni critiche, i c.d. no-vax, sono un esempio paradigmatico. Un ripensamento che non può che declinarsi, anzitutto, come riconoscimento di schemi cognitivi, di linguaggi, percezioni, ecc. “altre” che non muovono da un paradigma unitario *evidence-based* ma che si sviluppano a partire dalla mutevolezza e ricchezza dell’esperienza individuale e soggettiva, c.d. *experience-based*. Una sfida impegnativa e sostantiva che impone, anzitutto, di riconoscere e superare la dimensione di violenza epistemica, fondata sulla reificazione e il riconoscimento di un unico sistema di conoscenze e di sapere.

Riferimenti bibliografici

- Ainbinder R., Shani M., Rosenberg R., Nakar S., Vinker S. (2008), *Attitudes of family physicians to influenza vaccination after a cluster of deaths that were initially attributed to the vaccination*, «Harefuah», 147, 12: 947-949.
- Alfredsson R., Svensson E., Trollfors B., Borres M.P. (2004), *Why do parents hesitate to Vaccinate their children against measles, mumps and rubella?*, «Acta Paediatrica», 93, 9: 1232-1237.
- Arda B., Durusoy R., Yamazhan T., Sipahi O.R., Taşbakan M., Pullukçu H., Erdem E., Ulusoy S. (2011), *Did the pandemic have an impact on influenza vaccination attitude? A survey among health care workers*, «BMC Infectious Diseases», 11: 87.
- Arefin R., Kabir K.M.A., Jusup M., Ito H., Tanimoto J. (2020), *Social efficiency deficit deciphers social dilemmas*, «Scientific Report», 10: 16092.
- Attwell K., Leask J., Meyer S.B., Rokkas P.J., Ward P.R. (2017), *Vaccine rejecting parents’ engagement with expert systems that inform vaccination programs*, «Journal of Bioethical Inquiry», 14, 1: 65-76.
- Attwell K., Ward P.R., Meyer S.B., Rokkas P.J., Leask J. (2018), «*Do-it-yourself*»: *Vaccine rejection and complementary and alternative medicine (CAM)*, «Social Science & Medicine», 196: 106-114.
- Attwell K., Smith D.T. (2017), *Parenting as politics: social identity theory and vaccine hesitant communities*, «International Journal of Health Governance», 22, 3: 183-198.
- Best J. (2015), *Beyond case studies*, «Qualitative Sociology Review», 11: 18-33.
- Best J. (2017 [1993]), *But Seriously Folks: The Limitations of the Strict Constructionist Interpretation of Social Problems*, in Holstein J., Miller G. (eds.), *Re-*

- considering *Social Constructionism: Debates in Social Problems Theory*, Routledge, London-New York.
- Betsch C., Schmid P., Heinemeier D., Korn L., Holtmann C., Böhm R. (2018), *Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination*, «*PLoS ONE*», 13, 12: e0208601.
- Bramadat P. (2020), “Crises of Trust and Truth. Religion, Culture, and Vaccine Hesitancy in Canada”, in Bramadat P., Guay M., Bettinger J.A., Roy R. (eds.), *Public Health in the Age of Anxiety. Religious and Cultural Roots of Vaccine Hesitancy in Canada*, University of Toronto Press, Toronto.
- Breakwell G.M. (2020), *Mistrust, uncertainty and health risks*, «*Contemporary Social Science*», 15, 5: 504-516.
- Brunk C.G. (2020), “The Role of Risk Perception in Vaccine Hesitancy and the Challenge of Communication”, in Bramadat P., Guay M., Bettinger J.A., Roy R., eds., *Public Health in the Age of Anxiety. Religious and Cultural Roots of Vaccine Hesitancy in Canada*, University of Toronto Press, Toronto.
- Butler R., MacDonald N.E., the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015), *Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific sub-groups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP)*, «*Vaccine*», 33, 34: 4176-4179.
- Buckman C., Liu I.C., Cortright L., Tumin D., Syed S. (2020), *The influence of local political trends on childhood vaccine completion in North Carolina*, «*Social Science & Medicine*», 260: 113187.
- Calnan M., Douglass T. (2020), *Hopes, hesitancy and the risky business of vaccine development*, *Health, Risk & Society*, 22, 5-6: 291-304.
- Caniglia E. (2017), “Introduzione. Problemi sociali e problemi sociologici”, in Kitsuse J., Spector M., *Sociologia dei Problemi Sociali*, Milano, Mimesis.
- Caniglia E., Recchi L. (2018), *Introduzione: la centralità dei problemi sociali in sociologia*, *SocietàMutamentoPolitica*, 9,18: 5-20.
- Corrigan A. (2006), *European Immunization Week 2005 Regional Evaluation Of The Pilot Initiative*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Deem M.J., Kronk R.A., Staggs V.S., Lucas D. (2020), *Nurses’ Perspectives on the Dismissal of Vaccine-Refusing Families from Pediatric and Family Care Practices*, «*American Journal of Health Promotion*», 34, 6: 622-632.
- Deml M.J., Notter J., Kliem P., Buhl A., Huber B.M., Pfeiffer C., Burton-Jeangros C., Tarr P.E. (2019), «*We treat humans, not herds!*»: *A qualitative study of complementary and alternative medicine (CAM) providers’ individualized approaches to vaccination in Switzerland*, «*Social Science & Medicine*», 240: 112556.
- Department of Vaccines and Biologicals (2002), *Report of the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE). Geneva, 14–15 June 2001*. WHO/V&B/02.07, Geneva, World Health Organization.
- Dubé E., Laberge C., Guay M., Bramadat P., Roy R., Bettinger J. (2013), *Vaccine hesitancy. An overview*, «*Human Vaccines & Immunotherapeutics*», 9, 8: 1763-1773.
- Dubé E., Gagnon D., Nickels E., Jeram S., Schuster M. (2014), *Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon*, «*Vaccine*», 32: 6649-6654.

- Dubé E., Gagnon D., MacDonald N.E., SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015), *Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews*, «Vaccine», 33, 34: 4191-4203.
- Dubé E., Vivion M., MacDonald N.E. (2015), *Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications*, «Expert Reviews Vaccines», 14, 1: 99-117.
- Duchsherer A., Jason M., Platt C.A., Majdik Z.P. (2020), *Immunized against science: Narrative community building among vaccine refusing/ hesitant parents*, «Public Understanding of Science», 29, 4: 419-435.
- EC (2018), *Rafforzamento della cooperazione nella lotta contro le malattie prevenibili da vaccino*, 26 aprile, Bruxelles, COM/2018/245. Disponibile on line al seguente link: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52018DC0245&from=EN>; ultimo accesso 20 novembre 2020.
- Edlich R.F. Mason S.S., Dahlstrom J.J., Swainston E., Long W.B. 3rd., Gubler K. (2009), *Pandemic Preparedness for Swine Flu Influenza in the United States*, *Journal of Environmental Pathology*, «Toxicology and Oncology», 28, 4: 261-264.
- Eskola J., Duclos P., Schuster M., MacDonald N.E., the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015), *How to deal with vaccine hesitancy?*, «Vaccine», 33, 34: 4215-4217.
- Fernbach A. (2011), *Parental rights and decision-making regarding vaccinations: Ethical dilemmas for the primary care provider*, «Journal of the American Academy of Nurse Practitioners», 23, 7: 336-345.
- Ferris D.G., Cromwell L., Waller J.L., Horn L. (2010), *Most parents do not think receiving human papillomavirus vaccine would encourage sexual activity in their children*, «Journal of Lower Genital Tract Disease», 14, 3: 179-184.
- Frew P.M., Hixson B., del Rio C., Esteves-Jaramillo A., Omer S.B. (2011), *Acceptance of Pandemic 2009 Influenza A (H1N1) Vaccine in a Minority Population: Determinants and Potential Points of Intervention*, «Pediatrics», 127: S113-S119.
- Glode M.P. (2001), *Combination vaccines: practical considerations for public health and private practice*, «Pediatric Infectious Disease Journal», 20, 11: S19-S22.
- Goldenberg M.J. (2016), *Public Misunderstanding of Science? Reframing the Problem of Vaccine Hesitancy*, «Perspectives on Science», 24, 5: 552-581.
- Goldstein S., MacDonald N.E., Guirguis S., the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015), «*Health communication and vaccine hesitancy*», «Vaccine», 33, 34: 4212-4214.
- Gouldner A.W. (1976), *The Dialectic of Ideology and Technology*, New York, Seabury.
- Grimprel E. (2010), «*Rotavirus vaccination in Europe in 2010*», «Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine», 194, 8: 1451-1462.
- Gusfield J.R. (1981), *The Culture of Public Problems*, University of Chicago Press, Chicago.
- Hall S., Mellino M. (2007), *La cultura e il potere. Conversazione sui cultural studies*, Meltemi, Roma.

- Handy L.K., Maroudi S., Powell M., Nfila B., Moser C., Japa I., Monyatsi N., Tzortzi E., Kouzeli I., Luberti A., Theodoridou M., Offit P., Steenhoff A., Shea J.A., Feemster K.A. (2017), *The impact of access to immunization information on vaccine acceptance in three countries*, «PLOS ONE», 12, 8: e0180759.
- Harding S. (1991), *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*, Ithaca, Cornell University Press.
- Harmon S.H.E., Favour D.E., MacDonald N.E. (2020), *Physician dismissal of vaccine refusers; A Legal and Ethical Analysis*, «McGill Journal of Law and Health», 13, 2: 255-298.
- Healy C.M., Pickering L.K. (2011), *How to communicate with vaccine – hesitant parents*, «Pediatrics», 127: S127-S133
- Hickler B., Guirguis S., Obregon R. (2015), *Vaccine Special Issue on Vaccine Hesitancy (Editorial)*, «Vaccine», 33, 34: 4155-4156.
- Hornsey M.J., Finlayson M., Chatwood G., Begency C.T. (2020), *Donald Trump and vaccination: The effect of political identity, conspiracist ideation and presidential tweets on vaccine hesitancy*, «Journal of Experimental Social Psychology», 88, 103947.
- Hornsey M.J., Lobera J., Díaz-Catalán C. (2020), *Vaccine hesitancy is strongly associated with distrust of conventional medicine, and only weakly associated with trust in alternative medicine*, «Social Science & Medicine», 255: 113019.
- Hughes C.C., Jones A.L., Feemster K.A., Fiks A.G. (2011), *HPV vaccine decision making in pediatric primary care: a semi-structured interview study*, «BMC Pediatrics», 11: 74.
- Ibarra P.R., Adorjan M. (2018), *Costruzionismo sociale e problemi sociali: origini, modelli, orizzonti*, «SocietàMutamentoPolitica», 9, 18: 21-52.
- Ibarra P.R., Kitsuse J. (1993), “Vernacular constituents of moral discourse: An interactionist proposal for the study of social problems”, in Holstein J.A. and Miller G. (eds.), *Reconsidering social constructionism*, Aldine de Gruyter, New York.
- Ibarra P.R., Kitsuse J. (2003), “Claimsmaking discourse and vernacular resources”, in Holstein J.A., Miller G. (eds.), *Challenges & choices*, Aldine de Gruyter, New York.
- Innes A., Beresford E., Bedford J. (2000), *Influenza vaccination in asthma: a primary care experience*, «British Journal of General Practice», 50, 450: 27-30.
- Jacobson R.M., St. Sauver J.L., Finney Rutten L.J. (2015), *Vaccine Hesitancy*, «Mayo Clinic Proceedings», 90, 11: 1562-1568.
- Jarrett C., Wilson R., O’Leary M., Eckersberger E., Larson H.J., the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015), *Strategies for addressing vaccine hesitancy. A systematic review*, «Vaccine», 33, 34: 4180-4190.
- Ketterer F., Trefois P., Miermans M.C., Vanmeerbeek M., Giet D. (2013), *Les réticences à la vaccination: approche du phénomène à travers les données de la littérature*, «Revue médicale de Liège», 68, 2: 74-78.
- Kim H.W., Lee H.Y., Kim S.E., Ahn H.Y., Kim Y.H., Lee Y.J. (2019), *Perceptions of nurses on human papillomavirus vaccinations in the Republic of Korea*, «PLOS ONE», 14, 2: e0211475.
- Kitsuse J., Spector M. (2017a), *Verso una Sociologia dei problemi sociali*, in Eadem, *Sociologia dei Problemi Sociali*, Mimesis, Milano (ed.or. *Toward a So-*

- ciology of Social Problems: Social Conditions, Value-Judgments, and Social Problems*, «Social Problems», 1973, 20: 407-419).
- Kitsuse J., Spector M. (2017b), *Problemi sociali e devianza: alcune questioni parallele*, in Eadem, *Sociologia dei Problemi Sociali*, Mimesis, Milano (ed.or. *Social problems and Deviance: Some Parallel Issues*, «Social Problems», 1975, 22: 584-594).
- Kolasa M.S., Bisgard K.M., Prevots D.R., Desai S.N., Dibling K. (2001), *Parental Attitudes toward Multiple Poliovirus Injections following a Provider Recommendation*, «Public Health Report», 116, 4: 282-288
- Koltai K.S., Fleischmann K.R. (2017), *Questioning Science with Science: The Evolution of the Vaccine Safety Movement*, «Proceedings of the 80th Annual Meeting of the Association for Information Science and Technology», 54, 1: 232-240.
- Korn L., Böhm R., Meier N.W., Betsch C. (2020), *Vaccination as a social contract*, «Proceedings of the National Academy of Sciences», 117, 26: 14890-14899.
- Lalumera E. (2018), *Trust in Health Care and Vaccine Hesitancy*, «Rivista di Estetica», 68, 2: 105-122.
- Larson H.J., Smith D.M., Paterson P., Cumming M., Eckersberger E., Freifeld C.C., Ghinai I., Jarret C., Paushter L., Brownstein J.S., Madoff L.C. (2013), *Measuring vaccine confidence: analysis of data obtained by a media surveillance system used to analyse public concerns about vaccines*, «Lancet Infect Dis», 13: 606-613.
- Larson H.J., Jarrett C., Eckersberger E., Smith D.M., Paterson P. (2014), *Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature*, «Vaccine», 32: 2150-2159.
- Larson H.J., Jarrett C., Schulz W.S., Chaudhuri M., Zhou Y., Dubé E., Schuster M., MacDonald N.E., Wilson R., the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015), *Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool*, «Vaccine», 33, 34: 4165-4175.
- Latour B. (1998), *La scienza in azione*, Edizioni di Comunità, Torino.
- Laval B., Fascia P., Gocko X., Feuillet J., Lucht F. (2011), *Determinants of vaccination coverage for children and teenagers*, «Medecine et Maladies Infectieuses», 41, 7: 359-363.
- Limb M. (2011), «*Vaccine hesitancy*» means scientists need to be more honest about risks, «British Medical Journal», 342: d2479.
- Luthy K.E., Beckstrand R.L., Callister L.C. (2010), *Parental Hesitation in Immunizing Children in Utah*, «Public Health Nursing», 27, 1: 25-31.
- MacDonald N.E., the SAGE working group on vaccine hesitancy (2015), *Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants*, «Vaccine», 33, 34: 4161- 4164.
- Marradi A., Nigris D. (2010) (a cura di), *Evidence-Based Medicine: una critica*, FrancoAngeli, Milano.
- McCarthy E.D. (2004), *La conoscenza come cultura*, Meltemi, Roma.
- Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (2007), *November 2006 – conclusions and recommendations*, «Wkly Epidemiol Rec.», 82, 1-2: 1-16.

- Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (2008), *November 2007 – conclusions and recommendations*, «Wkly Epidemiol Rec.», 83, 1: 1-15.
- Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization (2011), *April 2011 – conclusions and recommendations*, «Wkly Epidemiol Rec.», 86, 21: 205-20.
- Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (2012), *November 2011 – conclusions and recommendations*, «Wkly Epidemiol Rec.», 87, 1: 1-16.
- Mesch G.S., Schwirian K.P. (2019), *Vaccination hesitancy: fear, trust, and exposure expectancy of an Ebola outbreak*, «Heliyon», 5: e02016.
- Mirdamadi K., Einarson A. (2011), *H1N1 and influenza viruses. Why pregnant women might be hesitant to be vaccinated*, «Canadian Family Physician», 57: 1003-1004.
- Nakagomi, O. Cunliffe, NA (2007), *Rotavirus vaccines: entering a new stage of deployment*, «Current Opinion in Infectious Diseases», 20, 5: 501-507.
- Navin M.C., Attwell K. (2019), *Vaccine mandates, value pluralism, and policy diversity*, «Bioethics», 33, 9: 1042-1049.
- Nowak G.J., Gellin B.G., MacDonald N.E., Butler R., the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015), *Addressing vaccine hesitancy: The potential value of commercial and social marketing principles and practices*, «Vaccine», 33, 34: 4204-4211.
- O’Doherty K., Smith C., McMurtry C.M. (2020), “Vaccine Hesitancy: Ethical Considerations from Multiple Perspectives”, in Bramadat P., Guay M., Bettinger J.A. and Roy R. (eds.), *Public Health in the Age of Anxiety. Religious and Cultural Roots of Vaccine Hesitancy in Canada*, University of Toronto Press, Toronto.
- Oku A., Oyo-Ita A., Glenton C., Fretheim A., Ames H., Muloliwa A., Kaufman J., Hill S., Cliff J., Cartier Y., Owoaje E., Bosch-Capblanch X., Rada G., Lewin S. (2017), *Perceptions and experiences of childhood vaccination communication strategies among caregivers and health workers in Nigeria: A qualitative study*, «PLOS ONE», 12,11: e0186733.
- Ogilvie G., Anderson M., Marra F., McNeil S., Pielak K., Dawar M., McIvor M., Ehlen T., Dobson S., Money D., Patrick D.M., Naus M. (2010), *A Population-Based Evaluation of a Publicly Funded, School-Based HPV Vaccine Program in British Columbia, Canada: Parental Factors Associated with HPV Vaccine Receipt*, «PLOS Medicine», 7, 5: e1000270.
- Opel D.J., Diekema D.S., Lee N.R., Marcuse E.K. (2009), *Social Marketing as a Strategy to Increase Immunization Rates*, «Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine», 163, 5: 432-437.
- Opel D.J., Mangione-Smith R., Taylor J.A., Korfiatis C., Wiese C., Catz S., Martin D.P. (2011), *Development of a survey to identify vaccine – hesitant parents: The parent attitudes about childhood vaccines survey*, «Human Vaccine», 7, 4: 419-425.
- Opel D.J., Taylor J.A., Mangione-Smith R., Solomon C., Zhao C., Catz S., Martin D. (2011), *Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents*, «Vaccine», 29: 6598-6605.

- Opel D.J., Diekema D.S. (2011), "Parental refusals of vaccination and school vaccine mandates: Balancing parental freedom, child welfare, and public health", in Diekema D.S., Mercurio M.R., Adam M.B. (eds.), *Clinical Ethics in Pediatrics: A Case-Based Textbook*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Ozer A., Arikian D.C., Kirecci E., Ekerbicer H.C. (2010), *Status of pandemic influenza vaccination and factors affecting it in pregnant women in Kahramanmaraş, an eastern Mediterranean city of Turkey*, «PLOS ONE», 5, 12: e14177.
- Paterson P., Meurice F., Stanberry L.R., Glismann S., Rosenthal S.L., Larson H.J. (2016), *Vaccine hesitancy and healthcare providers*, «Vaccine», 34, 52: 6700-6706.
- Payne D.C., Humiston S., Opel D., Kennedy A., Wikswo M., Downing K., Klein E.J., Kobayashi A., Locke D., Albertin C., Chesley C., Staat M.A. (2011), *A Multi-Center, Qualitative Assessment of Pediatrician and Maternal Perspectives on Rotavirus Vaccines and the Detection of Porcine circovirus*, «BMC Pediatrics», 11: 83.
- Phadke V.K., Bednarczyk R.A., Salmon D.A., Omer S.B. (2016), *Association Between Vaccine Refusal and Vaccine-Preventable Diseases in the United States: A Review of Measles and Pertussis*, «Journal of the American Medical Association», 315, 11: 1149-1158.
- Pharm T.T.H., Le T.X., Nguyen D.T., Luu C.M., Truong B.D., Tran P.D., Toy M., Bozkurt S., So S. (2019), *Knowledge, attitudes and medical practice regarding hepatitis B prevention and management among healthcare workers in Northern Vietnam*, «PLOS ONE», 14, 10: e0223733.
- Pines E., Barrand M., Fabre P., Salomon H., Blondeau C., Wood S.C., Hoffenbach A. (1999), *New acellular pertussis-containing paediatric combined vaccines*, «Vaccine», 17, 13-14: 1650-1656.
- Riddle M.S., Patel S.S., Sanders J.W., Armstrong A.W., Putnam S.D., Schlett C.D., Tribble D.R. (2008), *Attitudes toward predeployment and experimental vaccinations among troops deployed to Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom*, «Journal of Travel Medicine», 15, 2: 68-76.
- Roberts J., Mitchell L.M. (2020), "“It’s Your Body, Your Decision”: An Anthropological Exploration of HPV Vaccine Hesitancy”, in Bramadat P., Guay M., Bettinger J.A., Roy R. (eds.), *Public Health in the Age of Anxiety. Religious and Cultural Roots of Vaccine Hesitancy in Canada*, University of Toronto Press, Toronto.
- Sadaf A., Richards J.L., Glanz J., Salmon D.A., Omer S.B. (2013), *A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy*, «Vaccine», 31, 40: 4293-4304.
- Schwartz J.L., Caplan A.L. (2011), *Vaccination Refusal: Ethics, Individual Rights, and the Common Good*, «Primary Care: Clinics in Office Practice», 38: 717-728.
- Schwartz J.L. (2012), *History of Medicine. New Media, Old Messages: Themes in the History of Vaccine Hesitancy and Refusal*, «Virtual Mentor American Medical Association Journal of Ethics», 14, 1: 50-55.
- Smith M.J., Marshall G.S. (2010), *Navigating Parental Vaccine Hesitancy*, «Pediatric Annals», 39, 8: 476-482.

- Speed E., Mannion R. (2020), *Populism and health policy: three international case studies of right-wing populist policy frames*, «Sociology of Health & Illness», 42, 8: 1967-1981.
- Stefanoff P., Sobierajski T., Bulinska-Stangrecka H., Augustynowicz E. (2020), *Exploring factors improving support for vaccinations among Polish primary care physicians*, «PLOS ONE», 15, 5: e0232722.
- Sur D.K., Wallis D.H., O'Connell T.X. (2003), *Vaccinations in pregnancy*, «American Family Physician», 68, 2: 299-304.
- Tipaldo G. (2019), *La società della pseudoscienza*, il Mulino, Bologna.
- Velan B. (2011), *Acceptance on the move: Public reaction to shifting vaccination realities*, «Human Vaccines», 7, 12: 1261-1270.
- Verger P., Fressard L., Collange F., Gautier A., Jestin C., Launay O., Raude J., Pulcini C., Peretti-Watel P. (2015), *Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France*, «EBioMedicine», 2, 8: 891-897.
- Vetter K.M., Geller S.E. (2007), *Moving forward: Human papillomavirus. Vaccination and the prevention of cervical cancer*, «Journal of Women's Health», 16, 9: 1258-1268.
- Vuolanto P., Bergroth H., Nurmi J., Salmenniemi S. (2020), *Reconfiguring health knowledges? Contemporary modes of self-care as 'everyday fringe medicine*, «Public Understanding of Science», 29, 5: 508-523.
- Ward J.K. (2016), *Rethinking the antivaccine movement concept: A case study of public criticism of the swine flu vaccine's safety in France*, «Social Science & Medicine», 159: 48e57.
- Ward J.K., Crépin L., Bauquier C., Vergelys C., Bocquier A., Verger P., Peretti-Watel P. (2017), *«I don't know if I'm making the right decision»: French mothers and HPV vaccination in a context of controversy*, «Health, Risk & Society», 19, 1-2: 38-57.
- Ward J.K., Cafiero F., Fretigny R., Colgrove J., Seror V. (2019), *France's citizen consultation on vaccination and the challenges of participatory democracy in health*, «Social Science & Medicine», 220: 73-80.
- Ward J.K., Alleaume C., Peretti-Watel P., COCONEL Group (2020), *The French public's attitudes to a future COVID-19 vaccine: the politicization of a public health issue*, «Social Science & Medicine», 265: 113414.
- Weinberg D. (2018), *La costruzione sociale e la teoria dei problemi sociali: un contributo all'eredità di John Kitsuse*, «SocietàMutamentoPolitica», 9, 18: 99-120.
- WHO (2010), *Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, October 2009 – Conclusions and recommendations*, «Biologicals», 38, 1: 170-177.
- WHO (2014), *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*, 12 novembre. Disponibile on line al seguente link: <http://www.asset-scienceinsociety.eu/pages/report-sage-working-group-vaccine-hesitancy>; ultimo accesso 10 ottobre 2020.
- WHO (2019), *Stronger Collaboration, Better Health. Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All*. Disponibile on line al seguente link:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516433>; ultimo accesso 15 ottobre 2020.

- Williamson L., Glaab H. (2018), *Addressing vaccine hesitancy requires an ethically consistent health strategy*, «BMC Medical Ethics», 19, 1: 84.
- Wilson R.J.I., Vergélys C., Ward J., Peretti-Watel P., Verger P. (2020), *Vaccine hesitancy among general practitioners in Southern France and their reluctant trust in the health authorities*, «International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being», 15, 1: 1757336.
- Woolgar S., Pawluch D. (1985), *Ontological gerrymandering: The anatomy of social problems explanations*, «Social Problems», 32, 3: 214-227.
- Wrenn K., Zeldin M., Miller O. (1994), *Influenza and pneumococcal vaccination in the emergency department - Is it feasible?*, «Journal of General Internal Medicine», 9, 8: 425-429.
- Yaqub O., Castle-Clarke S., Sevdalis N., Chataway J. (2014), *Attitudes to vaccination: A critical review*, «Social Science & Medicine», 112: 1-11.

La questione vaccinale in Italia. *Evoluzioni normative e rilievi socio-giuridici*

di *Chiara Magneschi*

Introduzione

La pratica delle vaccinazioni suscita ormai da diversi anni un dibattito vivace, che pone questioni sempre nuove: si pensi alle reazioni contrastanti provocate tanto nell'opinione pubblica, quanto nella comunità scientifica, dalla notizia della messa a punto di un vaccino contro il virus SARS-CoV-2.

Tali reazioni sono mosse dalle perplessità sollevate soprattutto in merito ai possibili effetti collaterali dei vaccini, e si sono sviluppate di pari passo con la conoscenza – da parte dei cittadini – di dati che mostrano la non totale sicurezza delle profilassi in oggetto per la salute complessiva dei soggetti da vaccinare, in un contesto in cui le malattie più temibili sembravano oramai debellate (Tomasi, 2017, p. 4).

Si è andata così diffondendo, nel linguaggio comune, l'espressione “no-vax” per designare gruppi di persone contrarie a sottoporsi, e, ancor più, a sottoporre i propri figli, alle vaccinazioni obbligatorie per legge. Sarebbe tuttavia eccessivamente sintetico ridurre gli atteggiamenti verso la pratica vaccinale a due sole posizioni, quella dei contrari e quella dei favorevoli, posto che esiste un'ampia schiera di cittadini – e, tra questi, anche medici (Bellavite, 2017) – per i quali la questione rimane “semplicemente” aperta, degna di essere ancora approfondita e discussa.

Quel che è certo è che si rivendica da più parti e con forza l'esigenza di essere meglio informati, di avere a disposizione tutti gli elementi su cui fondare una decisione consapevole, e di far contare il proprio orientamento individuale rispetto alle scelte istituzionali.

In questa misura, sembra farsi strada la formulazione, sia pur implicita ed embrionale, di un diritto dei comuni cittadini ad influenzare le traiettorie che legano orientamenti scientifici e decisioni politiche.

In effetti, non si può negare che, da quando la questione vaccinale è stata normativamente disciplinata, il paradigma legislativo in materia abbia assunto direzioni tutt'altro che coerenti e lineari, introducendo – come ve-

dremo – talora veri e propri obblighi, talora mere raccomandazioni, frutto dell’influenza che i comportamenti dei cittadini hanno esercitato sulle prassi medico-sanitarie.

Dal punto di vista teorico-giuridico, le vaccinazioni sono ritenute ormai pacificamente trattamenti sanitari, rientranti entro l’alveo del diritto alla salute di cui all’art. 32 della Costituzione (Panunzio, 1979, Modugno, 1982, Monateri, 2011). Ma tale collocazione non ne garantisce sempre la prevalenza su qualsiasi ulteriore diritto (Florio, 2017): si impone invece la necessità di un bilanciamento delicato e continuo con essi¹ (Zagrebelsky, 2013).

Inizieremo con il tracciare, nel paragrafo che segue, un quadro normativo essenziale in tema di vaccinazioni con riferimento all’ambito italiano, mettendo in evidenza le ragioni dell’obbligatorietà e quelle della non obbligatorietà; si passerà poi ad una sintetica comparazione con l’ordinamento spagnolo, in quanto improntato ufficialmente ad un regime di facoltatività, e dunque attualmente opposto al nostro, sebbene in concreto e attraverso percorsi attuativi e/o giurisprudenziali si determini in esso una sostanziale obbligatorietà. Si tenterà, infine, di enucleare delle conclusioni che traccino linee di sviluppo possibili del diritto vigente legate a prospettive etico-giuridiche e rilievi di tipo sociologico che caratterizzano l’attuale dibattito sulla questione vaccinale.

Il quadro normativo di riferimento in Italia

Le prime leggi sui vaccini obbligatori

In epoca antecedente alla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978), il primo vaccino a divenire obbligatorio fu quello contro il vaiolo (1888); a seguire quello contro la difterite (L. 891/1939), la poliomielite (L. 51/1966), e il tetano (L. 419/1968).

È interessante notare come già in questi primi e risalenti interventi siano presenti alcuni dei motivi che saranno propri anche dell’impostazione più attuale della questione vaccinale.

In particolare, già nella legge del ‘39 (art. 3) si legge che

Tra i documenti prescritti per la prima ammissione alle scuole primarie è compreso il certificato di aver subita la vaccinazione antidifterica.

Nella legge del ‘66 (art. 3) si dettagliano maggiormente le conseguenze sanzionatorie della mancata vaccinazione:

¹ Del resto, il bilanciamento come prassi interpretativa comporta sempre, di per sé, una gerarchia assiologica tra principi in conflitto di tipo “mobile”, in quanto tale destinata a mutare di continuo nel tempo e nello spazio (Guastini 2011, pp. 209 e ss.).

La persona che esercita la patria potestà o la tutela sul bambino [...] è responsabile dell'osservanza dell'obbligo della vaccinazione.

Il contravventore è punito con l'ammenda fino a lire 100.000.

E ancora (art. 4):

Ogni Comune [...] deve tenere esatta registrazione di tutti i vaccinati, provvedere ad invitare [...] le persone indicate nell'articolo precedente a presentare i loro figli o i bambini ad essi affidati alla vaccinazione e a *denunciare i contravventori* all'autorità giudiziaria.

Ai documenti prescritti per la prima ammissione alla scuola d'obbligo è aggiunto il certificato [...] di aver subito la vaccinazione antipoliomielitica.

Lo stesso *certificato è prescritto per l'ammissione* dei bambini nei convitti, nelle colonie climatiche da chiunque organizzate, negli asili nido, nei brefotrofi e in qualunque altra collettività infantile.

Analogo tenore presenta la legge istitutiva dell'obbligatorietà del vaccino contro il tetano (1968). Va poi considerato che, nel 1967 (d.p.r. 1518, art. 47) viene introdotto un regolamento relativo ai servizi di medicina scolastica col quale si impone l'obbligo di presentazione delle certificazioni attestanti l'intervenuta vaccinazione, pena il rifiuto dell'iscrizione.

Le normative richiamate vanno tutte nell'unica direzione di rafforzare il carattere dell'obbligatorietà: si arriva a prevedere una responsabilità penale in capo all'esercente la patria potestà per la commissione di un reato tipico, quello di "omessa vaccinazione", cui consegue una sanzione di carattere penale quale l'ammenda (Panunzio, 1994), la possibilità di somministrare coattivamente il vaccino, nonché la mancata ammissione del minore privo di copertura vaccinale alle scuole dell'obbligo.

Sin qui si assiste alla parabola ascendente dell'obbligatorietà, che sostanzia la prevalenza legislativa e aprioristica del valore della salute pubblica rispetto alla salute individuale, oltre che al diritto all'istruzione.

Nel 1978 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale e riconosciuta la competenza dello Stato in materia vaccinale – produzione, registrazione, ricerca, sperimentazione, commercio e informazione (L. 833/1978, art. 6, I comma, lett. c) –, con l'apporto collaborativo delle Regioni (art. 6, II e III comma).

Un nuovo corso normativo: verso la flessibilità

Rispetto all'andamento sin qui descritto, nel decennio '80 – '90 si assiste ad una inversione di tendenza, verso una maggiore flessibilità dell'approccio istituzionale all'offerta vaccinale.

Fanno da preludio a tale nuova fase due tappe significative.

La prima è l'emanazione, nel 1978, della legge n. 180 in materia di trattamenti sanitari obbligatori (di cui il vaccino obbligatorio – come anticipato – costituisce una fattispecie). Si stabilisce con essa (art. 1) che:

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione [...].

Vedremo più avanti quali siano i diritti costituzionali che potrebbero fungere da limiti a tali trattamenti obbligatori (Pace, 2003, p. 27, Rescigno, 2008, p. 91, Morana, 2008, p. 4970). Basti qui notare come si introduca una ulteriore “crepatura” nel regime monolitico di quella obbligatorietà che potremmo definire “forte”, capace di ottenere in maniera anche coercitiva il risultato della vaccinazione individuale.

La dottrina giuridica ha compiuto, nel tempo, numerosi sforzi volti ad equilibrare la “coercizione sanitaria” e il rispetto della libertà individuale, arrivando a enucleare alcuni elementi imprescindibili per definire “legittimo” un trattamento sanitario obbligatorio (sua finalità sanitaria e non discriminatoria, ampio consenso scientifico sulla bontà del trattamento, assenza di trattamenti alternativi, proporzionalità dell'obbligo e della modalità di esecuzione rispetto al fine, esigenza di protezione della salute collettiva, previsione di legge) (Panunzio, 1979, pp. 876 ss., Pezzini, 1983, Mantovani, 1995, p. 94, Plutino, 2017).

La giurisprudenza di merito e legittimità, nonché la dottrina (Ferrando, 2014), hanno poi elaborato la categoria del *consenso informato* (quale diritto a ricevere adeguate informazioni sulla natura e sulle conseguenze potenziali del trattamento medico) in grado di controbilanciare le limitazioni alla libertà di scelta dei pazienti (Corte Cost., 23 dicembre 2008, n. 438, Balduzzi e Paris, 2008, Morana, 2008).

La seconda tappa, da segnalare quale fattore prodromico del nuovo trend, è la dichiarazione dell'OMS, nel 1980, della compiuta debellazione della malattia del vaiolo, tra le più virulente ad aver afflitto la popolazione mondiale. Una conquista a cui fa seguito, l'anno successivo, in Italia, la totale soppressione del relativo obbligo vaccinale, e, verosimilmente, un at-

teggimento generale di diminuita allerta rispetto alla contagiosità e letalità delle malattie infettive.

L'inversione di tendenza vera e propria verso una maggiore flessibilità fu poi segnata da un generale e graduale ammorbidimento della portata sanzionatoria delle leggi istitutive degli obblighi vaccinali, e dunque del vincolo di obbligatorietà che era andato rafforzandosi fino agli anni '70. Infatti, con la L. 689/1981 si assiste alla depenalizzazione del reato di omessa vaccinazione: la fattispecie viene "declassata" a illecito amministrativo, suscettibile di (mera) sanzione pecuniaria. Quando verrà introdotto l'obbligo vaccinale contro l'epatite B (L. 165/1991), il lessico utilizzato dal legislatore (art. 7, comma 2) sarà di altro tenore rispetto a quello utilizzato per le precedenti vaccinazioni obbligatorie:

Il contravventore all'obbligo di cui al comma 1 è punito con la *sanzione amministrativa* del pagamento di una somma da lire centomila a lire cinquecentomila.

Non più l'ammenda, dunque, corollario della configurazione penale della condotta di omessa vaccinazione, ma la contravvenzione, portato di una infrazione amministrativa.

Parallelamente, si assiste ad una apertura dell'ordinamento giuridico italiano rispetto a istanze di contestazione della bontà *a priori* dei vaccini: la Corte Costituzionale (n. 307/1990) arriva a decretare l'illegittimità della L. 51/1966 (istitutiva dell'obbligo di vaccinazione contro la poliomelite) nella parte in cui non prevede la corresponsione di una equa indennità, da parte dello Stato, a soggetti che riportino danni derivanti da contagio o da altra malattia causalmente riconducibile alla vaccinazione obbligatoria antipoliomielitica.

La pronuncia della Corte fornisce anche un'interpretazione della legge 180/1978: il trattamento sanitario obbligatorio in cui il vaccino consiste deve pur sempre essere contenuto nei limiti dell'art. 32 della Costituzione, ossia nella cornice della tutela della salute collettiva e individuale, di modo che eventuali conseguenze pregiudizievoli per la seconda, in nome della prima, possano ammettersi solo se temporanee e di scarsa entità. Viceversa, per il caso in cui tali conseguenze non appaiano né temporanee, né trascurabili, non è ammissibile la soccombenza della salute del singolo per la tutela di quella pubblica. In questi casi, «il rilievo costituzionale della salute come interesse della collettività non è da solo sufficiente a giustificare la misura sanitaria»: ne deriva la necessità di un *equo ristoro* (in denaro) per il soggetto passivo del trattamento, che da esso viene danneggiato. Vedremo tra poco come l'individuazione dell'equo ristoro sarà stabilita per legge un paio di anni più tardi.

Si nutre qualche riserva sulla reale capacità di una somma di denaro a fungere da presidio di protezione della salute individuale². Sembra infatti evidente che il verificarsi del rischio connesso al vaccino rappresenti il fallimento della ragione protettiva della salute, e che un risarcimento siffatto costituisca più un riconoscimento simbolico ed eventuale della salute individuale che la difesa di quest'ultima quale valore prioritario dell'ordinamento. In altre parole, la rilevanza della salute del singolo si verifica solo se e quando quest'ultima sia stata ormai irreversibilmente violata.

Al di là di queste notazioni, è interessante estrapolare dalla sentenza in esame gli altri diritti-valori sui quali si gioca la "partita della salute".

La Corte fa riferimento sia al principio di solidarietà (art. 2 Cost.) che a quello di autodeterminazione (art. 13 Cost.). Con riferimento al primo, se da un lato viene (almeno implicitamente) affermata l'unilateralità della solidarietà, poiché si ribadisce che l'individuo deve accettare di sottoporsi al vaccino per il bene della salute globale, anche qualora siano prevedibili rischi specifici per la salute, dall'altro viene recuperata la reciprocità di tale valore, laddove, a rischio concretizzatosi, la collettività deve farsi carico di ristorare il soggetto danneggiato.

Anche l'autodeterminazione del soggetto segue questo paradigma: viene compressa quella del singolo per consentire l'esecuzione obbligatoria della profilassi, viene sacrificata quella collettiva all'ora di statuire il diritto all'equo indennizzo.

Si tratta di risultati scarsi se confrontati con le contestazioni sollevate dai movimenti che più recentemente hanno riaperto il dibattito sulla questione vaccinale, dirette a rivendicare la preminenza della libera autodeterminazione su qualsiasi altro valore. Gli stessi risultati sono però molto significativi se confrontati con il punto di partenza dell'epoca, segnato dalla "obbligatorietà forte".

Ed in effetti, la portata congiunta dei due passaggi suddetti – depenalizzazione della sanzione per la "sottrazione vaccinale" e riconoscimento del rischio per la salute individuale come limite alla prevalenza della salute pubblica – è stata piuttosto dirompente: non solo alla mancata vaccinazione consegue unicamente una sanzione pecuniaria, ma si ammette altresì – quantomeno in astratto – che i vaccini possano danneggiare la persona.

Non per questo si è legittimati ad affermare che l'ordinamento abbia inteso allentare l'obbligatorietà dei vaccini in ragione della loro potenziale letalità, ma certamente viene valorizzato il momento individuale, sia con riferimento alla rilevanza di una scelta non allineata con le previsioni normative, sia in merito all'importanza della salute individuale al cospetto di quella pubblica.

² In senso contrario, v'è ritiene invece che il momento risarcitorio costituisca un valido presidio costituzionale alla salute individuale (Chiarella, 2009, p. 93).

Il “doppio binario”

Nel decennio successivo prende vita la “strategia” del c.d. doppio binario: rimane l’obbligatorietà per i quattro vaccini già istituiti (difterite, poliomelite, tetano, epatite B), sia pure con le attenuazioni di effettività che abbiamo visto, e si instaura la facoltatività per altri che nel frattempo sono stati messi a punto e ritenuti raccomandabili.

Vediamo – in sintesi – i passaggi ulteriori di questo nuovo cammino, che va maturando soprattutto grazie a pronunce della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione.

Come si è anticipato, nel 1992 (L. n. 210) viene stabilito il diritto di indennizzo per i soggetti danneggiati dalle vaccinazioni obbligatorie. Nel ‘96, peraltro, la Corte Costituzionale interverrà (sentenza n. 118/1996) ribadendone la legittimità, sull’argomento che la concretizzazione del rischio legato alle pratiche vaccinali è un fattore ineliminabile – fin quando i progressi scientifici non saranno in grado di azzerarlo –, dunque non capace di impedire la prevalenza (dell’aspetto preventivo) della salute pubblica su quella individuale: in tale bilanciamento di valori si verifica – ammette la Corte – una di quelle “scelte tragiche” che il diritto è talora costretto a compiere. Nel 1994, la Corte Costituzionale (sentenza n. 258) ha l’occasione di tornare a esprimersi in un giudizio sulla (pretesa) illegittimità della legge sulla vaccinazione obbligatoria contro l’epatite B, per violazione dell’art. 32 della Costituzione, consistente nella omessa previsione di accertamenti preventivi volti a ridurre il rischio di lesioni alla salute del singolo soggetto passivo, stabilire la sussistenza di eventuali controindicazioni nel caso specifico, prescrivere accertamenti in grado di approfondire tali aspetti, non potendosi ritenere sufficiente a tali scopi né la semplice visita obiettiva né l’anamnesi.

La Corte, stante la normativa (immutata) di riferimento, e richiamando la pronuncia del 1990, è “costretta” a ribadire il maggior peso del valore salute-collettiva cui è preposto il trattamento sanitario in oggetto. Ciò anche nel caso in cui quest’ultimo presenti dei rischi, con l’unico correttivo che, qualora essi si concretizzino, producendo così un danno alla salute individuale, si potrà riconoscere un ristoro monetario.

Tuttavia, la Corte auspica che, per rendere effettivo un corretto bilanciamento tra salute del singolo e salute collettiva, entrambe *parimenti* garantite dalla Costituzione, si dia vita ad una produzione normativa di tipo *tecnico* consistente nella precisa individuazione delle complicanze vaccinali e degli strumenti diagnostici all’uopo idonei.

La pronuncia appena esaminata può essere letta in combinazione, e in un’unica cornice d’intenti, con quella del 1998 (n. 27), in cui la Consulta deve pronunciarsi sulla illegittimità della legge che estende l’equo indennizzo (anche) a coloro «che risultino contagiati da infezioni da HIV a se-

guito di somministrazione di sangue e suoi derivati” (art. 1, comma 2), «a coloro che presentino danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali» (art. 1, comma 3), «alle persone non vaccinate che abbiano riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, i danni di cui al comma 1», alle persone che, «per motivi di lavoro [...] si siano sottoposte a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultino necessarie», e, infine, «ai soggetti a rischio operanti nelle strutture sanitarie ospedaliere che si siano sottoposti a vaccinazioni anche non obbligatorie».

La legge – si afferma – è illegittima nella parte in cui non opera un’analoga estensione di risarcibilità ai soggetti danneggiati da vaccini meramente raccomandati (Florio, 2019).

In pratica il giudice *a quo* chiede un ampliamento ulteriore, in via analogica, della portata risarcitoria della legge in esame per il caso di danni contratti a seguito di vaccini non obbligatori, ma spontaneamente eseguiti, anche al di fuori delle specifiche ipotesi letterali (in particolare la persona si era sottoposta a vaccino contro la poliomelite prima che esso divenisse formalmente obbligatorio). La fattispecie è estremamente interessante ai nostri fini, perché si allinea con un interrogativo legittimo: se le scelte istituzionali abbandonano il regime di obbligatorietà e adottano quello della raccomandazione, quale spazio può trovare la previsione dell’equo ristoro, ovvero una misura garantita dall’ordinamento in riconoscimento del valore della salute del singolo, anche rispetto a quella collettiva?

Ebbene, la Corte Costituzionale arriva ad ammettere la fondatezza dell’estensione richiesta, in base alla considerazione che non c’è ragione di differenziare il caso in cui «si annulla la libera determinazione individuale attraverso la comminazione di una sanzione, da quello in cui si fa appello alla collaborazione dei singoli a un programma di politica sanitaria». Una simile distinzione, prosegue, si rivelerebbe irrazionale, poiché riserverebbe a coloro che si sono sottoposti a trattamento sanitario non per obbligo, ma per ragioni di utilità generale e solidarietà sociale, «un trattamento peggiore rispetto a quello che vale a favore di quanti hanno agito in forza della minaccia di una sanzione».

Si tratta indubbiamente di una sentenza cruciale, destinata a cristallizzare un precedente argomentativo e giurisprudenziale di notevole portata nel bilanciamento degli interessi concorrenti della questione vaccinale.

Negli stessi anni, qualcos’altro si muove nella nuova direzione: nel 1999 (d.p.r. n. 355) viene abolita la previsione (contenuta, come abbiamo visto, nel d.p.r. n. 1518/1967) della mancata ammissione alle scuole dell’obbligo del minore per il quale non sia stata presentata la certificazione di avvenuta vaccinazione: a prevalere è dunque il diritto all’istruzione. Da questo momento, i minori non sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie possono regolarmente frequentare le scuole, salvo l’obbligo dei direttori scolastici di segnalare la circostanza alle unità sanitarie competenti e fatta salva la possibi-

lità di interventi di urgenza, ai sensi dell'articolo 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Quest'ultima norma stabilisce che:

In caso di *emergenze sanitarie o di igiene pubblica a carattere esclusivamente locale* le ordinanze contingibili e urgenti sono adottate dal sindaco, quale rappresentante della comunità locale. Negli altri casi l'adozione dei provvedimenti d'urgenza [...] spetta allo Stato o alle regioni in ragione della dimensione dell'emergenza e dell'eventuale interessamento di più ambiti territoriali regionali.

Il dettato legislativo, tuttavia, difficilmente sembra potersi tradurre nell'emanazione di atti normativi con i quali il sindaco imponga una vaccinazione, non fosse altro che per la difficoltà di classificare una ordinaria profilassi vaccinale come *urgenza sanitaria*, a meno di non forzarne enormemente l'interpretazione fino a ritenere il calo delle coperture stesso quale contingenza emergenziale.

Peraltro, anche ammettendo una simile ricostruzione, l'inadempimento dell'ordine del sindaco non troverebbe maggiori tutele rispetto a quelle di cui già dispone l'obbligo di legge. Non quelle di cui all'art. 650 c.p., che prevede il reato di inosservanza di un provvedimento dell'Autorità dato «per ragione di giustizia o di sicurezza pubblica o d'ordine pubblico o d'igiene» (sul punto si è pronunciata la Corte di Cassazione con sentenza n. 2671/1990).

Parzialmente diverso sarebbe il caso di sussistenza di una vera e propria emergenza sanitaria, rispetto al quale si aprono riflessioni ulteriori utili anche ai dibattiti più recenti, come quelli inerenti la vaccinazione anti-COVID, su cui torneremo.

Curioso, peraltro, notare come il medesimo argomento dello stato di necessità di cui all'art. 54 c.p., in base al quale «non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona» sia talora invocato quale causa di esclusione della responsabilità genitoriale (per sottrazione dei figli all'obbligo vaccinale). La giurisprudenza (vedi per tutte Cass. n. 5788/2004) esclude che il vaccino cagioni il «pericolo *attuale* di un danno grave alla persona».

Più in generale, risulta non pacifica, in dottrina e in giurisprudenza, la possibilità di sostituire, con un diverso atto volitivo dell'autorità, il rifiuto del rappresentante legale in ordine al vaccino obbligatorio sul minore. Se da un lato, infatti, la Corte Costituzionale si è pronunciata (n. 132/1992) nel senso di riconoscere al giudice il potere di sottoporre coattivamente il minore a vaccino sulla base degli artt. 333 e 336 c.c. («condotta dei genitori pregiudizievole per i figli»)³, permangono dubbi in merito, soprattutto da

³ Per la giurisprudenza di merito si veda, per tutte, App. Napoli, Sez. minori, 30/08/2017.

parte di chi ritiene che i rappresentanti legali del minore siano gli unici a poter integrare la volontà del rappresentato (es. Trib. min. Bologna 23/01/2014): in tali circostanze si avrebbe una sorta di estensione del principio di autodeterminazione, valevole non solo per sé ma anche con riferimento alle scelte compiute nell'interesse di soggetti terzi dei quali si ha la responsabilità (Galgano, 2009, pp. 134 ss.). Da segnalare anche l'orientamento – per certi versi opposto – che valorizza la volontà dei minori, sia nel senso di sottrarre l'esercizio della potestà genitoriale a una discrezionalità che vada contro i diritti dei figli e i doveri dei genitori, sia nel senso di ritenere il figlio legittimato *ex se* all'esercizio di diritti costituzionali, al punto che la volontà del genitore non potrebbe sostituirsi a quella del minore (Principato, 2018, p. 21), salvo il migliore interesse di quest'ultimo⁴. Su questa scia, si lamenta che né la L. 73/2017 né la sua circolare attuativa (che, come vedremo, stabiliscono l'obbligo vaccinale) abbiano previsto quella audizione del minore capace di discernimento che è considerata principio generale dell'ordinamento, dunque suscettibile di applicazione estensiva a partire dagli artt. 315 *bis*, 316 e 337 *octies* c.c..

La “libertà vaccinale”

Da tutte queste premesse prende avvio l'era della “libertà vaccinale”, durata un decennio, all'incirca dal 1999 al 2007.

L'Italia mette a punto alcune linee d'azione volte a proporre una serie di vaccini ai quali i cittadini avrebbero potuto accedere facoltativamente. In particolare sono due i piani da segnalare, quello del 1999-2000 e quello del 2005-2007.

Il primo è animato dall'intento di rendere uniforme la disciplina delle vaccinazioni, allineandosi agli obiettivi stabiliti dall'OMS e superando le differenze nell'offerta delle vaccinazioni obbligatorie e di quelle raccomandate, «con le inevitabili conseguenze negative in termini di controllo delle malattie bersaglio».

⁴ La questione è giuridicamente molto delicata, poiché implica una presa di posizione su quale sia il perimetro nel quale inscrivere l'esercizio del diritto alla salute del minore, se quello della capacità di intendere e di volere (via per la quale si inferisce che il minore non può esercitarla *iure proprio*), o se quello – più calzante negli atti non patrimoniali ma “personali” – della capacità di discernimento (che, se accertata, caso per caso, può consentire una scelta autonoma in merito). Si ritiene, tendenzialmente, che la “miglior scelta per il minore” debba essere basata su istanze di protezione della salute del minore, e non già su affermazioni ideologiche o religiose dei genitori (Alpini, 2011): anche in giurisprudenza si esclude l'obiezione di coscienza dei genitori riguardo l'adempimento degli obblighi vaccinali sui figli (Cass. n. 11226/2003, App. min. Perugia 21/06/1997).

Il Piano prende atto del fatto che, mentre per le vaccinazioni obbligatorie è stato raggiunto un livello di copertura più che soddisfacente, per quelle facoltative (in particolare Pertosse, Morbillo, Rosolia, Parotite ed Hemophilus Influenzae b) il tasso di immunizzazione è molto basso, e individua la causa di questa disparità proprio nell'esistenza di un doppio binario.

Quest'ultimo deve pertanto essere abbandonato tramite l'abolizione progressiva dell'obbligatorietà e la diffusione di campagne di sensibilizzazione della popolazione sull'opportunità di sottoporsi anche alle vaccinazioni non obbligatorie. Il ragionamento può apparire paradossale: visto il successo dell'obbligatorietà, in termini di copertura, ci si aspetterebbe che la soluzione indicata fosse quella di rendere obbligatorie tutte le vaccinazioni necessarie. Al contrario, si ritiene che l'obbligatorietà abbia cagionato un'esecuzione automatica della prassi e con essa una desensibilizzazione rispetto alla problematica connessa. In ogni caso, si può osservare – non senza un velo di ironia – che è proprio l'implementazione dei tentativi di convincere i cittadini della bontà dei vaccini ad aver aperto la strada per la messa in discussione dei medesimi.

Il secondo Piano riguarda il biennio 2005-2007⁵.

Rispetto al precedente, si sofferma sulla valutazione della migliore strategia relativa all'offerta vaccinale, dedica ampie parti alla questione del monitoraggio e indennizzo degli effetti avversi, dichiarandosi consapevole delle ragioni dei movimenti anti-vaccinali. D'altro canto, constata come l'Italia in quel momento non sia pronta per una completa abolizione *ope legis* degli obblighi vaccinali, la quale arrecherebbe danni molto gravi al sistema sanitario italiano: la abolizione dovrebbe semmai costituire l'esito di un *iter* culturale socialmente condiviso. Da questo punto di vista, il Piano dichiara di costituire il banco di prova «della capacità di implementare e mantenere le coperture vaccinali [...], e, al tempo stesso, il mattone preliminare per avviare un percorso per l'abolizione dell'obbligo» (p. 66).

Negli anni a seguire, emergono tutta una serie di elementi volti a porre ulteriormente in dubbio la bontà delle pratiche vaccinali, a partire da studi scientifici di settore fino ad arrivare a importanti pronunce giurisprudenziali.

Come noto, un forte impulso all'ondata no-vax era stato offerto da una ricerca inglese del 1999 che riconnetteva, eziologicamente, l'insorgenza dell'autismo all'inoculazione dei vaccini contro morbillo, parotite e rosolia. Lo studio, poi smentito dalla medesima rivista che lo aveva pubblicato, nel 2011, ha avviato un filone su cui si sono situati anche molti orientamenti

⁵ Da notare che, tra i due Piani, si colloca la riforma costituzionale del 2001 la quale assegna alle Regioni la competenza concorrente in materia sanitaria, rendendo per queste ultime più praticabili scelte differenziate sull'offerta vaccinale, con risultati potenzialmente opposti rispetto a quelli di uniformità fortemente voluti dal Piano vaccinale del 1999 (Messineo, 2009, pp. 331 ss., Corvaja, 2008).

dei giudici di merito e di legittimità, interessanti per carpire gli argomenti portati a giustificazione della c.d. “esitazione vaccinale”.

Ad esempio, sul fronte della giurisprudenza di merito, con la sentenza n. 413/2009 il Tribunale di Busto Arsizio condanna il Ministero della Salute al pagamento di un indennizzo, ritenendo sussistente il nesso tra vaccino antipolio e autismo, «in base ad un serio e ragionevole criterio di probabilità *scientifica*, soprattutto quando manca la prova della preesistenza, concomitanza o sopravvenienza di altri fattori concomitanti»; analogamente decidono, tra gli altri, il Tribunale di Urbino (sentenza n. 219/2011), il Tribunale di Rimini (sentenza n. 148/2012) e il Tribunale di Milano (24 novembre 2014), che associa un caso di autismo al vaccino esavalente.

Il ritorno dell’obbligatorietà vaccinale

Le ragioni della esitazione vaccinale sono contrastate da varie istituzioni della comunità scientifica con motivazioni analoghe a quelle poste alla base – come vedremo tra poco – della scelta del legislatore di tornare ad un regime di “obbligatorietà forte”. Tali motivazioni possono essere condensate nella raccomandazione rivolta, nel 2015 (con la Mozione “L’importanza delle vaccinazioni” del 24/4), dal Comitato Nazionale di Bioetica: a partire dal rilevato incremento dei casi di malattie infettive, conseguente alle diminuite vaccinazioni (Salmaso, 2017), il Comitato pone in luce gli argomenti chiave dell’orientamento pro-vax ovvero:

- il principio di prevenzione («i vaccini costituiscono una delle misure di prevenzione più efficaci»);
- l’assenza di alternative altrettanto valide;
- il rapporto particolarmente positivo tra rischi e benefici che i vaccini offrono;
- il rilevante “valore etico intrinseco” – non solo sanitario – dei vaccini stessi, legato all’assunzione di una responsabilità individuale e sociale da parte dei cittadini, e all’evitamento del pericolo di contagio per soggetti impossibilitati a vaccinarsi (“carattere solidaristico e cooperativo”);
- il principio di equità in nome del quale si vaccina una fascia di bambini di eguale età e vulnerabilità.

Quello che più colpisce, tra le motivazioni pro-vaccinazione, è il richiamo al carattere di eticità del vaccino stesso (Bompiani, 1991).

Il Comitato si era già pronunciato sul tema venti anni prima (22/09/1995), con un parere molto articolato e denso di riflessioni, anch’esso incentrato sulla forte convinzione che il dibattito sulle vaccinazioni dovesse investire finalmente il profilo bioetico della questione (Florio, 2017).

L’allora presidente Francesco D’Agostino rilevava che

quello delle vaccinazioni non è problema strettamente tecnico-scientifico, per cui non sono sufficienti a risolverlo gli ordinari criteri di etica e di deontologia medica; è piuttosto un problema di carattere *relazionale*, che, se da un lato coinvolge l'individuo malato, dall'altro coinvolge la vita umana in generale e il bene di tutti.

Riprendendo l'evoluzione giurisprudenziale del periodo in esame, intervengono alcune pronunce, stavolta nel senso di escludere il nesso vaccini – insorgenza di malattie invalidanti, le quali fanno da preludio ad una fase nuova, quella del ritorno alla obbligatorietà, con declinazione “rafforzata” (vedi, tra le molte, Corte di Cassazione n. 12427/2016 che respinge la correlazione tra vaccino anti-morbillo, rosolia e parotite, e autismo, non ritenendo comprovata l'eziopatogenesi, sulla base della letteratura scientifica in merito, e n. 18358/2017 che esclude la possibilità di dichiarare l'esistenza di nesso causale tra vaccinazione anti-polio e autismo «in termini statisticamente accettabili e probanti»).

In senso contrario, invece, la Corte di Giustizia UE nello stesso anno (pronuncia n. 21/06/2017) ammette la possibilità di considerare gli elementi di fatto addotti dall'attore a sostegno della correlazione tra vaccino contro l'epatite b e sclerosi multipla, quali indizi gravi, precisi e concordanti, dunque aventi valore di prova, idonei a provare il nesso eziologico vaccino-malattia anche in assenza di una pronuncia medica in merito, o addirittura contro le risultanze del consenso scientifico già consolidato (Florio, 2017).

L'obbligatorietà “forte”

Nel 2017 viene portato al vaglio del Parlamento il disegno di legge n. 2856/2017, che ha condotto all'emanazione del decreto-legge 73/2017 sui dieci vaccini obbligatori⁶.

I punti su cui è imperniato tale disegno possono essere così enucleati:

- la presa d'atto che il successo delle strategie vaccinali ha determinato una diminuita percezione della pericolosità del contagio e ha «agevolato il diffondersi di movimenti di opposizione alle vaccinazioni per motivi ideologici o religiosi», basati su “teorie – del tutto prive di fondamento scientifico – che mirano a enfatizzare la gravità e frequenza degli eventi avversi a

⁶ Molte riserve sono state espresse in merito alla scelta di affidare la disciplina dell'obbligo vaccinale alla decretazione d'urgenza, costituzionalmente preposta a fronteggiare, appunto, le urgenze, e qui sostenuta invece da una mera “preoccupazione” (Coduti, 2018, Ruocco, 2020). Al punto da far pensare che la *ratio* non esplicitata dell'iniziativa sarebbe la volontà di troncarsi sul nascere il dibattito pubblico sull'autodeterminazione inaugurato dai no-vax (Amato, 2017, Agosta, 2017).

vaccinazione” e sull’idea di poter ricorrere alla medicina alternativa per prevenire/curare le malattie contro le quali si offrono i vaccini;

- la scarsa effettività delle misure volte a presidiare l’obbligatorietà delle inoculazioni (legate alla depenalizzazione del reato di omessa vaccinazione, alla irrisorietà o mancata applicazione delle sostitutive sanzioni pecuniarie, all’abrogazione del rifiuto di ammissione del minore non vaccinato alla scuola dell’obbligo, alla disapplicazione dell’obbligo di segnalazione da parte dei direttori scolastici della mancata presentazione dei certificati di vaccinazione);

- la constatazione che tutti i motivi di cui sopra hanno ingenerato, a partire dal 2013, l’abbassamento delle coperture vaccinali (sia obbligatorie che raccomandate) al di sotto della soglia del 95% individuata dall’OMS per l’immunità di gregge;

- la registrazione in particolare di un forte decremento della copertura per rosolia e morbillo (passata tra il 2013 e il 2015 da circa il 90% a circa l’85%, con un aumento dei casi del 500% in un anno), e dell’aumento dei casi di morbillo nonché della ricomparsa di malattie infettive da tempo rare, in fasce di età diverse e con quadri clinici più complessi e difficili da decifrare (Salmaso, 2017).

Su tali premesse, il d.d.l. arriva a rendere manifesta la propria *ratio*: è urgente adottare misure volte a rendere effettivi gli obblighi vaccinali in base al *principio di precauzione*, secondo cui, in presenza di una prospettiva che presenti un rischio per la salute umana, il decisore pubblico deve optare per la soluzione che consenta di neutralizzare o minimizzare il rischio (si veda, *ex multis*, Consiglio di Stato, sezione III, ordinanza 20 aprile 2017, n. 1662) (Mazzitelli, 2017, p. 17).

Così, al suo art. 1, il decreto prevede dodici vaccinazioni obbligatorie per i minori di età compresa tra zero e sedici anni. In sede di conversione del decreto-legge (con legge n. 119/2017), le 12 vaccinazioni sono state ridotte a dieci (espunte le due vaccinazioni contro il Meningococco).

Il decreto prevede altresì che i genitori presentino certificazione relativa all’avvenuta vaccinazione per l’iscrizione a scuola e che i dirigenti scolastici ne segnalino l’eventuale carenza alle aziende sanitarie locali, pena la configurazione del reato di rifiuto di atti d’ufficio ex art. 328 c.p. Persistendo la mancata presentazione, i genitori sono chiamati a mettersi in regola, attraverso una serie di solleciti, comunicazioni e colloqui, falliti i quali può essere comminata loro una sanzione pecuniaria amministrativa da euro 500 a euro 7500 (dunque notevolmente inasprita rispetto a quella precedentemente vigente). Non ne consegue invece la mancata ammissione a scuola (tranne che per le scuole dell’infanzia, più vulnerabili dalle infezioni) ma si prevede una forma di tutela speciale per i minori non vaccinabili per ragione di salute che potrebbero essere pregiudicati dal contatto

con i minori non vaccinati per scelta, ovvero il loro inserimento in classi composte esclusivamente da compagni vaccinati o comunque immunizzati (art. 4).

La regione Veneto ha promosso varie questioni di legittimità della legge davanti alla Corte Costituzionale, tutte però respinte (sentenza n. 5/2018) con motivazioni che possono sostanzialmente essere sintetizzate nel preoccupante calo delle coperture, da un lato, e nella scarsa efficacia dello strumento della mera persuasione, dall'altro. In particolare, la ricorrente riteneva sussistente la violazione degli artt. 2, 3, 32 Cost, poiché il legislatore non avrebbe correttamente bilanciato, alla stregua del principio di proporzionalità, la tutela della salute (collettiva e individuale) con l'autodeterminazione personale, incorrendo in una sorta di "eccedenza dell'obbligo" rispetto al fine di tutela della salute pubblica, complice una non adeguata valutazione della situazione epidemiologica (che avrebbe comportato anche una violazione del principio di precauzione).

La Corte difende il rispetto del criterio di ragionevolezza: nel contemperare i diversi interessi e diritti coinvolti nell'art. 32 Cost. (la salute del singolo, intesa anche come libertà di cura, la salute della collettività, l'interesse del minore), al legislatore è riconosciuto un certo grado di discrezionalità⁷ «nella scelta delle modalità attraverso le quali assicurare una prevenzione efficace dalle malattie infettive» (Iannuzzi, 2018, pp. 87 ss., Busatta, 2018, p. 137). Tale discrezionalità

deve essere esercitata alla luce delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche, accertate dalle autorità preposte (sentenza n. 268 del 2017), e delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica, che debbono guidare il legislatore nell'esercizio delle sue scelte in materia.

Coerentemente, la legge ha semplicemente «innovato il titolo giuridico in nome del quale alcune vaccinazioni sono somministrate, rendendo obbligatorio un certo numero di vaccinazioni, già raccomandate». Secondo la Corte, obbligo e raccomandazione sarebbero categorie molto vicine, non nel diritto ma certamente «nell'orizzonte epistemico della pratica medico-sanitaria».

È importante sottolineare, però, che la legge di conversione del decreto-legge introduce un comma (1 *ter*) che si comprende unicamente quale risposta alle istanze espresse dal circuito della esitazione vaccinale. Si afferma infatti che

⁷ Sul tema della discrezionalità si vedano anche Violini, 2002, p. 1450, Pezzini, 2007, p. 211, D'Aloia, 2011, p. 23.

sulla base [...] delle eventuali reazioni avverse segnalate in attuazione delle vigenti disposizioni di legge [...] nonché degli eventuali eventi avversi segnalati in attuazione delle vigenti disposizioni di legge, [...] il Ministro della salute [...] può disporre la cessazione dell'obbligatorietà per una o più delle vaccinazioni di cui al comma 1-*bis*.

Nel 2018 è stato presentato il d.d.l. n. 770 – tuttora al vaglio della commissione parlamentare – volto a rimodulare le disposizioni in materia di prevenzione vaccinale. Le nuove disposizioni vanno nella direzione di un *rafforzamento ulteriore dell'obbligo vaccinale*, rispetto alle previsioni del legislatore del 2017. In particolare, viene prevista (art. 5, comma 1) la possibilità di introdurre, con cadenza semestrale, l'obbligo di ulteriori vaccini obbligatori in caso di «emergenze sanitarie o di compromissione dell'immunità di gruppo» (cioè, in pratica, dei medesimi presupposti che nel 2017 erano stati adottati a giustificazione del nuovo corso di obbligatorietà).

Si prevede (art. 5 comma 3) – per il mancato adempimento degli obblighi – non solo l'irrogazione di una sanzione amministrativa pecuniaria (da euro 100 ad euro 500), ma altresì (comma 4) la possibilità di *subordinare*, temporaneamente, *la frequenza delle istituzioni scolastiche* [...] all'avvenuta somministrazione delle vaccinazioni, per tutelare la salute dei soggetti non vaccinabili per condizioni cliniche documentate.

La legge non esplicita una particolare nuova *ratio*, alla base dell'inaspimento obbligo, ma si deduce che essa risieda nel perdurare dell'esitazione vaccinale. Inoltre, viene stabilita, almeno potenzialmente, la comprimibilità del diritto all'istruzione in nome del diritto alla salute di quei gruppi di soggetti più vulnerabili, impossibilitati a vaccinarsi pur volendolo, a causa di precarie condizioni di base. Si tratta dunque di un bilanciamento in cui pesa maggiormente la salute (non già della collettività intera, ma) di alcune categorie di soggetti vulnerabili sul diritto/dovere sancito dall'art. 34 della Cost.

Il caso spagnolo

In questa sede non c'è spazio per render conto delle strategie di immunizzazione compiute dagli altri Paesi europei, anche perché sono molte e molto diverse tra di loro, spaziando dal regime di raccomandazione a quello completamente obbligatorio e passando per soluzioni intermedie⁸. È invece possibile soffermarsi brevemente sul caso della Spagna, Paese in cui non è

⁸ Possiamo limitarci a dar conto che 14 Paesi (tra i quali, oltre alla Spagna, figurano Germania e Regno Unito) non prevedono vaccinazioni obbligatorie, mentre 16 Paesi prevedono almeno una vaccinazione obbligatoria (la Lettonia detiene il record, con 13 vaccini obbligatori).

prevista alcuna vaccinazione obbligatoria⁹, in quanto rappresenta un modello – almeno in astratto – completamente alternativo rispetto a quello italiano, utile a comprendere i punti chiave sia della riflessione che è stata posta alla base di tale scelta, sia delle reazioni che essa ha sollevato (Comité Asesor de Vacunas, 2018).

Il Comitato spagnolo di Bioetica ha osservato come, sebbene il livello di immunità di gregge raggiunto dalla Spagna possa dirsi molto soddisfacente, il rischio di un “rifiuto vaccinale” nel futuro prossimo non sia trascurabile. Ciò soprattutto in ragione delle “esitazioni” che vanno diffondendosi in altri Paesi, le quali mostrano un vero e proprio paradosso: gli Stati dove i tassi di vaccinazione hanno ottenuto i maggiori risultati sono gli stessi in cui è più alto il sospetto verso i vaccini, probabilmente in quanto, essendo divenute obsolete molte malattie, la società ha sviluppato la convinzione che i vaccini non siano (più) necessari (Comité de Bioética de España, 2016).

Il principale nemico dei vaccini sarebbe dunque proprio il loro successo. A questo fattore si aggiungerebbero la loro natura preventiva nonché i loro effetti avversi.

Il medesimo Comitato bioetico ha constatato come, alla lunga, i modelli basati sull’educare e informare la popolazione sui benefici dei vaccini si siano rivelati fallimentari (ad es. gli Stati Uniti), e come sia importante mantenere imbastita una riflessione pubblica sul tema, il cui sguardo vada anche oltre il regime attuale, verso l’alternativa dell’obbligo legale.

In Spagna si è determinata una situazione molto particolare anche in quanto, a dispetto del regime formalmente prescelto, sono state praticate, a vari livelli (soprattutto giurisprudenziale e di “infra-diritto”) soluzioni e scelte che vanno nella direzione della obbligatorietà.

Così, se in Italia, a fonte dell’obbligo formale, di fatto non sussiste nessuna sistematica sanzione o restrizione per i non vaccinati, i Tribunali hanno talora riconosciuto l’importanza paritaria della salute individuale e di li

⁹ Le tappe dell’evoluzione normativa sul tema possono così essere sintetizzate: la Base IV della Ley de Bases de Sanidad Nacional (1944) stabiliva l’obbligatorietà di determinati vaccini; nel 1978 entra in vigore la Costituzione, con l’individuazione della potestà pubblica ad occuparsi della salute pubblica (art. 43.2), per la cui attuazione vengono emanate la Ley Orgánica (3/1986) e la Ley General de Sanidad (14/1986), le quali prevedono la possibilità di adottare determinate misure sanitarie atte a prevenire rischi epidemiologici. Tali leggi fanno da eco alla Ley n. 22/1980 che aveva soppresso l’obbligatorietà, ma al contempo previsto che potessero essere dichiarati obbligatori alcuni vaccini per ragioni epidemiologiche; la Ley General de Salud Pública (n. 33/2011), nel consacrare espressamente la volontarietà dei vaccini, prevede un calendario comune dei vaccini per tutto il Paese, ma dà altresì la possibilità alle Comunità Autonome di modificarlo per ragioni epidemiologiche (in base ad essa cinque Comunità Autonome hanno promulgato ciascuna un proprio calendario differente). Alcuni, peraltro, dubitano della validità di tali leggi, osservando che la legge del 2011 consentirebbe unicamente l’imposizione vaccinali in caso di epidemia in atto, non già per la prevenzione ipotetica di un rischio non concretizzatosi (Beltrán Aguirre, 2012).

elargito i vari indennizzi, in Spagna pare accadere l'opposto. Vediamo perché, sia pur molto brevemente.

Innanzitutto, alcune Comunità Autonome hanno disposto programmi di vaccinazione obbligatoria, sia in forma diretta che – soprattutto – in forma indiretta, mediante l'obbligo di certificato vaccinale ai fini dell'iscrizione a scuola o dell'esercizio di un determinato ufficio o professione¹⁰.

In secondo luogo, il Tribunale Costituzionale¹¹ ha affermato chiaramente e senza equivoci che la salute pubblica e la prevenzione delle malattie costituiscono un limite all'esercizio – altrettanto costituzionalmente riconosciuto – della facoltà di rifiutare trattamenti medici imposti per legge. Ancora: molti altri Tribunali ordinari hanno fatto prevalere l'esigenza di tutela della salute pubblica sul diritto allo studio: il Tribunale Superiore di Giustizia della Catalogna (28/03/2000) ha dichiarato che la convivenza in uno Stato sociale e democratico di diritto presuppone che i diritti individuali siano esercitati nell'ottica dell'interesse generale, e, dunque, nei casi in cui sia inibito l'accesso scolastico ai non vaccinati non vi è lesione del diritto all'educazione, bensì, appunto, esercizio di esso in chiave sovra-individuale¹². In altri casi, si è addirittura affermata la responsabilità patrimoniale dello Stato per non aver disposto la vaccinazione (Tribunale Supremo – RJ/2010/5886), facendo così perdere ai genitori l'opportunità di proteggere la propria figlia minore dalla meningite C.

L'ordinamento spagnolo contiene già la base potenziale per l'instaurazione di un regime di obbligatorietà: la Ley General de Salud Pública (n. 33/2011) che pone come prioritario il dovere di solidarietà, prevede che possano essere disposte vaccinazioni obbligatorie in caso di rischio epidemiologico, e l'art. 9, comma 6, de la Ley de autonomía del paciente (n. 26/2015), conferma tale possibilità, nel presupposto che ciò avvenga «per il maggior beneficio per la vita e la salute del paziente».

In alcuni casi si è addirittura effettivamente arrivati a sottoporre i minori a vaccinazione coattiva, su ordine del Giudice, come nel caso occorso a Granada nel 2010, dove, a fronte di una epidemia di morbillo scoppiata in una scuola, e in presenza di un *deficit* di vaccinazione riguardante 35 bambini, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha fatto ricorso otte-

¹⁰ Si è tra l'altro osservato che, con riferimento alle vaccinazioni obbligatorie per studenti, stando al disposto della citata legge del 2011, queste potrebbero al limite essere legittime unicamente in presenza di una epidemia in atto o di un rischio reale e grave di contagio (come è stato nel caso citato di Granada), e non anche a fronte del mero rifiuto dei genitori di vaccinare i propri figli.

¹¹ In particolare si vedano le sentenze n. 7/1994, del 17 gennaio, e 207/1996, del 16 dicembre.

¹² Così hanno deciso, tra gli altri, il Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Sala de lo Contencioso-Administrativo, del 28/03/2000, e il Tribunal Superior de Justicia de la Rioja, Sala Contencioso Administrativo, il 2/04/2002.

nendo la predetta misura eccezionale per questi ultimi¹³. Non si hanno, invece, in Spagna, precedenti di ascrizione di responsabilità a genitori no-vax. Sotto il profilo giuridico, il dibattito spagnolo sulla opportunità/inopportunità di un regime di obbligatorietà sembra vertere sul bilanciamento dei medesimi valori e diritti costituzionali coinvolti nel dibattito italiano, sebbene, appunto, gli esiti normativi siano al momento almeno apparentemente opposti (Beltrán Aguirre, 2012, Cierco Seira, 2019).

Vengono richiamati il diritto alla integrità fisica, alla libertà ideologica e religiosa, alla istruzione ed all'autodeterminazione, da un lato, e il diritto alla protezione della salute pubblica (cifra di uno Stato sociale e democratico, cui consegue la doverosa applicazione del principio di prevenzione, nonché di solidarietà) dall'altro lato, laddove quest'ultimo, come si è anticipato, pare in grado da solo di legittimare limitazioni dei diritti del primo gruppo¹⁴ (Esteve Pardo, 2020, Mozo Amo, 2020, Pascual Medrano, 2018, Salamero Teixido, 2016, 2020a, 2020b). Sembra abbastanza chiaro che, nonostante venga affermato il presupposto generale che nella Costituzione «non esistono diritti assoluti e illimitati»¹⁵, la compressione finisce sempre attuarsi “a beneficio” della salute pubblica rispetto agli altri valori citati.

Riflessioni conclusive

Giunti al termine del percorso tracciato e considerate le evoluzioni e comparazioni normative di cui si è dato conto, si può plausibilmente affermare che, sia assumendo l'obbligo vaccinale quale dato di partenza (modello italiano), sia assumendolo come un sostanziale punto di approdo (modello spagnolo), lo spazio per una *flessibilità* dell'obbligatorietà dei vaccini sembra poter essere sempre configurabile. La questione dell'ammissione scolastica su base vaccinale è un'ottima cartina di tornasole da questo punto di vista: una circolare attuativa della legge n. 119 del 2017, pubblicata il 5 luglio 2018, stabilisce testualmente che «nel caso in cui i genitori/tutori/affidatari non presentino entro il 10 luglio 2018 la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni ai sensi del penultimo periodo del comma 1 dell'articolo 3 del decreto-legge n. 73 del 2017, i dirigenti scolastici [...] potranno ammettere i minorenni alla frequenza sulla

¹³ Si veda la pronuncia Auto del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 5 de Granada, del 24/12/2010.

¹⁴ Pur se si ha cura di limitare tale “prevalenza” esigendo il rispetto di alcuni limiti, tra i quali la riserva di legge, la finalità di proteggere altri diritti costituzionali, la proporzionalità con il fine conseguito, il rispetto della dignità della persona (Beltrán Aguirre, 2012, p. 21).

¹⁵ Si vedano in particolare le sentenze n. 11/1981 (8 aprile), 2/1982 (17 gennaio), e 62/82 (15 ottobre).

base delle dichiarazioni sostitutive presentate entro il termine di scadenza per l'iscrizione»¹⁶.

Tale flessibilità si giustifica sulla base di un «arresto del trend in diminuzione delle coperture vaccinali» – frutto, secondo la circolare, dell'efficace intervento normativo del 2017 –, consentendo ciò di «tenere in maggiore considerazione le esigenze di semplificazione dell'attività amministrativa, senza pregiudizio per l'interesse pubblico alla tutela della salute». Per l'ammissione dei propri figli a scuola potrà dunque essere sufficiente anche la sola presentazione, da parte dei genitori, tutori o affidatari, di un'autocertificazione che attesti l'effettiva somministrazione delle vaccinazioni previste come obbligatorie dalla legge, senza che sia più necessaria la certificazione del medico che ha eseguito la vaccinazione o della struttura sanitaria in cui questa ha avuto luogo.

D'altra parte, le disposizioni contenute nel già segnalato d.d.l. n. 770 del 2018 vanno nella direzione di un rafforzamento ulteriore dell'obbligo vaccinale rispetto alle previsioni del legislatore del 2017: come si è visto, viene sancita (art. 5, comma 1) la possibilità di introdurre, con cadenza semestrale, l'obbligo di ulteriori vaccini in caso di «emergenze sanitarie o di compromissione dell'immunità di gruppo». E tuttavia, secondo quanto si può facilmente evincere dalle recentissime disposizioni in materia di vaccinazione anti-COVID, pur trovandoci attualmente in presenza di una più che evidente emergenza sanitaria globale, l'obbligatorietà del vaccino messo a disposizione da diverse case farmaceutiche per contrastare la diffusione del virus COVID 19 non viene prevista, finendo per essere rimessa ai singoli la scelta – e con essa la libertà – di assumere o meno le dosi vaccinali.

Certo, fin dall'inizio il “libero convincimento” è stato attraversato da una campagna “mediatica” di vaccinazione anti-COVID che punta a raccomandare fortemente l'assunzione del vaccino; si pensi all'iniziativa del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, di informare, attraverso i media, tutti i cittadini italiani all'indomani della notizia della procedibilità del vaccino anti-COVID messo in campo dalla casa farmaceutica Pfizer, di volere senz'altro assumerlo, senza indugi o tentennamenti (o ai messaggi analoghi comunicati nel Regno Unito dalla casa reale e negli Stati Uniti d'America dal neoelto presidente Joe Biden, il quale, ancor prima di entrare ufficialmente in carica, si è fatto riprendere, in una diretta televisiva, all'atto di farsi iniettare il vaccino anti-COVID, diffondendo contestualmente un invito, rivolto a tutti i cittadini americani, a seguire il suo esempio).

Sull'efficacia di una tale tipologia di messaggi non è qui il caso di indugiare¹⁷, ma occorre dare atto che la flessibilità appare affidata, più che al

¹⁶ <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=64928&parte=1%20&serie=null>. Data di accesso: 02 febbraio 2020.

diritto, alla efficacia comunicativa, con la speranza, forse, di investire la scelta di uno spessore etico¹⁸; ciò che preme rilevare è innanzi tutto come il tradizionale strumento legislativo, correlato all'obbligo vaccinale, non serva più tanto a sostenere e comunicare le ragioni del diritto alla salute: in altri termini, non pare essere più la paura della sanzione a determinare l'obbligazione sanitaria. Sono semmai – come è tipico della società in cui viviamo – le modalità comunicative, le istituzioni che si fanno “mediatiche”, i vari e le varie *influencer* a poter comunicare più efficacemente il diritto, ovvero ciò che “resta” del diritto (Signorelli, 2019). D'altronde, questa modalità, oltre che rappresentare la “complessità” sociale che va via via aumentando, sostanzia e traduce, in qualche modo, le turbolenze dell'opinione pubblica, sempre più interessata al discorso scientifico, e apre un campo in cui entrano in gioco concetti come quelli di “pseudoscienza” (Tipaldo, 2019) e “post-verità” (MacIntyre, 2018) che attraversano la questione vaccinale, rendendola ancor più problematica e complessa¹⁹.

La crisi dell'assolutezza della scienza, passata dalla logica vero/falso a quella della possibilità, implica diffidenza verso di essa ma costituisce al contempo uno stimolo a ricerche sempre più accurate e critiche (Tallacchini, 2020).

Il legislatore dovrebbe prendere atto di questo stato di cose, mentre finora pare avere concesso e ritirato libertà (di vaccinarsi o meno) a seconda degli esiti di immunizzazione raggiunti di volta in volta, più che in base ad una scelta di valori fatta *a priori*.

E non stupisce, dunque, che quando l'adesione alle pratiche vaccinali è stata rimessa al libero convincimento, non se ne siano poi accettate le conseguenze: probabilmente, nelle previsioni del legislatore, quel diritto di informazione che fa da strumento al libero convincimento avrebbe dovuto atteggiarsi più a diritto di ricevere un'unica versione dello stato dell'arte medico-scientifico che come diritto a farsi una propria opinione avendo a disposizione una pluralità di voci/fonti sul tema. Ma, evidentemente, quel convincimento ha avuto accesso ad una informazione molto più vasta, an-

¹⁷ Così come non c'è spazio per indagare se queste iniziative mediatiche soddisfino o meno il diritto all'informazione con cui si misura la libertà di cura, anche e soprattutto nei casi in cui questa si “scontri” con i trattamenti sanitari obbligatori (Mazzitelli, 2017, p. 9).

¹⁸ A differenza che in altri Paesi, quali l'Australia, dove – assai pragmaticamente – lo stimolo a vaccinarsi proviene dall'offerta di incentivi economici consistenti ai genitori che procurino le somministrazioni vaccinali ai propri figli, sia direttamente che indirettamente, attraverso la riduzione del carico fiscale (Family Assistance Act, 1999), sistema grazie al quale si è passati in cinque anni da un tasso di vaccinazione del 75% (1997) al 94% (2001).

¹⁹ Su queste intersezioni concettuali con il tema dell'esitazione vaccinale si veda il contributo di L. Pellizzoni (questo volume), il quale, ai fini di una più adeguata comprensione del fenomeno dell'esitazione vaccinale, suggerisce di impiegare, accanto e oltre ai concetti di pseudoscienza e post-verità, quello di “governo del disordine”.

che se non sempre veritiera, di quella “ufficiale”: è stato troppo, davvero, libero...

Tuttavia, la contestazione dei presupposti medici sui quali si fonda la legislazione in materia vaccinale non può che essere intesa come possibilità costituzionalmente fondata, sul principio di legalità e sul diritto alla tutela giurisdizionale contro gli atti della pubblica amministrazione. Non può essere altrimenti, se si percorre la strada del libero/democratico convincimento, consentendo ai cittadini di “appropriarsi” dei contenuti della scienza.

Le sfide che il futuro, non solo dei vaccini ma, più in generale, del diritto e degli strumenti che tradizionalmente assistevano e attuavano le politiche sanitarie, ci mette davanti appaiono tanto ardue quanto affascinanti: sarà il diritto senza politica o, all’opposto, una politica senza diritto a determinare le sorti sanitarie delle popolazioni su scala nazionale e, ancor più, su scala globale? Sarà la prospettiva di gruppi e contesti “resilienti” o quella neoliberale di individualità “proattive” a determinare in concreto l’accettazione di taluni trattamenti sanitari o la cosiddetta “esitazione” rispetto ad essi (Pellizzoni, 2021)? Ben al di là della pur considerevole questione della *cooperatività* degli individui in un contesto di interazione sociale e della rilevanza del fenomeno del *free riding*²⁰, a dovere/potere essere messi in questione sembrano piuttosto essere gli assetti e le determinazioni ultime dell’ordine sociale, che inevitabilmente influenzano la portata e i contenuti del discorso scientifico a livello di opinione pubblica, e, in particolare, per quello che qui interessa, le pratiche medico-sanitarie e gli indirizzi normativi in tema di salute pubblica.

Riferimenti bibliografici

- Agosta S. (2017), *Il legislatore ed il nodo di Gordio della prevenzione vaccinale*, «Consulta online», 2: 380 - 393.
- Alpini A. (2011), *Vaccinazioni obbligatorie e obiezione di coscienza*, «Rass. dir. civ.», 4: 1035 - 1060.
- Amato A. (2017), *Decreto-legge vaccini: tra urgenza di annunciare ed evidente ritardo nel provvedere*, «Forum di quaderni costituzionali – Rassegna», Disponibile on-line al seguente link:
<https://www.forumcostituzionale.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/05/amato.pdf>, ultimo accesso il 20 maggio 2021.

²⁰ Il dilemma generato dall’alternativa obbedire/non obbedire, ovvero cooperare/non cooperare, in un sistema di mutuo interesse sembra poter richiamare in causa il ben più noto “dilemma del prigioniero”, formulato negli anni Cinquanta dal matematico Albert Tucker nell’ambito della teoria dei giochi e recentemente oggetto di un rinnovato interesse nel contesto degli studi dedicati alla cooperazione sociale (Novak e Highfield, 2011).

- Balduzzi R., Paris D. (2009), *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, «Giur. cost.», 3: 4953-4970.
- Bellavite P. (2017), *Scienza e vaccinazioni: aspetti critici e problemi aperti*, http://www.medicinademocraticall.org/wp/wpcontent/uploads/2017/06/170502_ScienzaeVaccinazioni1.pdf, ultimo accesso il 20 maggio 2021.
- Beltrán Aguirre J.L. (2012) *Vacunas obligatorias y recomendadas: régimen legal y derechos afectados*, «DS: Derecho y salud», 22, 1: 9-30.
- Bompiani A. (1991), *Profilo etico-giuridico delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative*, «Medicina e morale», 5: 745-779.
- Busatta L. (2018), *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Giappichelli, Torino.
- Chiarella M.L. (2009), “Interrogativi sul «diritto al rifiuto delle cure»: consenso e incapacità nelle scelte di fine vita”, in Falzea P., a cura di, *Thanatos e nomos. Questioni bioetiche e giuridiche di fine vita*, Jovene, Napoli.
- Cierco Seira, C. (2019), *Las vicisitudes del calendario único de vacunación*, «DS: Derecho y salud», 29, extra 1 (Ejemplar dedicado a: Extraordinario XXVIII Congreso 2019: Ética, innovación y transparencia en salud): 154-168.
- Coduti D. (2018), *La disciplina sulle vaccinazioni obbligatorie alla prova di forma di Stato e forma di governo*, «Riv. AIC», 3: 605-638.
- Comité Asesor de Vacunas 2018, “Aspectos legales de las vacunas”. Disponibile on-line al seguente link: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-45>; ultimo accesso il 20 maggio 2021.
- Comité de Bioética de España 2016: *Informe sobre Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario*. Disponibile on-line al seguente link: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-45>, ultimo accesso il 20 maggio 2021.
- Corvaja F. (2008), *La legge del Veneto sulla sospensione dell’obbligo vaccinale per l’età evolutiva: scelta consentita o fuga in avanti del legislatore regionale?*, «Osservatorio sulle fonti», 1: 1-8.
- Esteve Pardo, J. (2020), *La apelación a la ciencia en el gobierno y gestión de la crisis de la COVID-19*, «Revista de Derecho Público: Teoría y Método», 2: 35-50.
- Ferrando G. (2014), “Informazione e consenso in sanità”, in Aa.Vv., *Le responsabilità in ambito sanitario*, a cura di S. Aleo, R. De Matteis, G. Vecchio, Cedam, Padova, I, 373.
- Florio F.S. (2017), *La questione vaccinale nel quadro degli interessi costituzionali*, «Istituzioni del federalismo: rivista di studi giuridici e politici», 2: 399-419.
- Florio F.S. (2019), *La questione dei danni da vaccini alla luce dei recenti interventi della giurisprudenza*, «Sanità pubblica e privata», 2: 109-118.
- Guastini R. (2011), *Interpretare e argomentare*, Giuffrè, Milano.
- Iannuzzi A. (2018), *L’obbligatorietà delle vaccinazioni a giudizio della Corte costituzionale fra rispetto della discrezionalità del legislatore statale e valutazioni medico-statistiche*, «Consulta online», 1: 87-96.
- MacIntyre L. (2018), *Post-Truth*, MIT Press, Cambridge (MA).
- Mantovani F. (1995), *Diritto penale. Parte speciale: i diritti contro la persona*, Cedam, Padova.

- Mazzitelli A. (2017), *Il ragionevole dubbio in tema di vaccinazioni obbligatorie*, Federalismi.it, 15 novembre 2017.
- Messineo D. (2009), *Problemi in tema di discipline regionali sui trattamenti sanitari: il caso vaccini*, «Regioni», 2: 331-358.
- Modugno F. (1982), *Trattamenti sanitari 'non' obbligatori e Costituzione (a proposito del rifiuto delle trasfusioni di sangue)*, «Dir. soc.», 303-326.
- Monateri P.G. (2011), “Illiceità e giustificazione dell’atto medico nel diritto civile”, in Beldere A., Riondato S. (a cura di), *Le responsabilità in medicina*, Giuffrè, Milano.
- Morana D. (2008), *A proposito del fondamento costituzionale per il “consenso informato” ai trattamenti sanitari: considerazioni a margine della sentenza n. 438 del 2008 della Corte costituzionale*, «Giur. cost.», 53,6: 4970-4981.
- Mozo Amo J. (2020), *La ratificación judicial de las medidas adoptadas por la administración en supuestos de urgencia y necesidad para la salud pública: el párrafo segundo del art. 8.6 de la Ley reguladora de la jurisdicción Contencioso-administrativa*, «Boletín digital contencioso. Especial COVID-19. Reflexiones sobre la COVID-19 desde lo contencioso-administrativo», Asociación de Jueces. Disponibile on-line al seguente indirizzo: <http://www.ajfv.es/wp-content/uploads/2020/04/Especial-COVID-19-Contencioso.pdf>. Ultimo accesso il 27 febbraio 2021.
- Novak M.A., Highfield R. (2011), *SuperCooperators. Altruism, Evolution, and Why We Need Each Other to Succeed*, Free Press, New York (trad. it. *Supercooperatori. Altruismo ed evoluzione: perché abbiamo bisogno l’uno dell’altro*, Codice edizioni, Torino 2012).
- Pace A. (2003), *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale*, III ed. agg. modif., Cedam, Padova.
- Panzio S.P. (1979), “Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione (a proposito della disciplina delle vaccinazioni)”, «Dir. soc.», 876-889.
- Panzio S.P. (1994), voce “Vaccinazioni”, *Enc. Giur. Treccani*, XXXII.
- Pascual Medrano A. (2018), *La interminable configuración del derecho fundamental a la integridad física*, «Revista española de derecho constitucional», 114: 47-72.
- Pezzini B. (2007), “Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale”, in R. Balduzzi (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Cedam, Padova.
- Pezzini B. (1983), *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, «Diritto e società», 1: 21-35.
- Plutino M. (2017), *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale” tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, Diritti fondamentali.it, 1.
- Principato L. (2018), *Obbligo di vaccinazione, “potestà” genitoriale e tutela del minore*, «Diritto e salute», 3: 1-35.
- Rescigno G.U. (2008), *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario, secondo l’art. 32, co. 2, Cost., al principio di autodeterminazione intorno alla propria vita*, «Dir. pubbl.», 1: 85-98.

- Ruocco C.M. (2020), *Il riordino della disciplina sanitaria. Vaccinazioni: raccomandazioni o obbligatorietà? Una riflessione sull'importanza dei vaccini ai tempi del Covid-19*, Iusinitinere.it.
- Salamero Teixido L. (2016), *Derechos individuales frente a salud pública en la protección ante enfermedades contagiosas: propuestas de mejora del marco regulatorio vigente*, «Informe SESPAS 2016, Gaceta Sanitaria», 30, 1: 69-73.
- Salamero Teixido L. (2020), *Algunas reflexiones sobre la autorización o ratificación judicial de medidas sanitarias al hilo de la aprobación de actos plúrimos para hacer frente a la Covid-19*, «Diario La Ley».
- Salamero Teixido L. (2020), *COVID-19 y Jurisdicción Contencioso-Administrativa: la autorización o ratificación de medidas sanitarias urgentes y necesarias para la tutela de la salud pública*, «Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI», Thomson Reuters.
- Salmaso S. (2017), *Copertura vaccinale in Italia: dati epidemiologici e politiche vaccinali*, «Giornale italiano di farmacoecologia e farmacoutilizzazione», 9, 2: 5-14.
- Signorelli C. (2019), *Quarant'anni (1978-2018) di politiche vaccinali in Italia*, «Briefing on Italian National Health Service», 90, 1: 127-133.
- Tallacchini M., "Territori di incertezza. Scienza, policy e diritto nella pandemia", in Malvicini M. (ed.), *Il governo dell'emergenza. Politica, scienza e diritto al cospetto della pandemia Covid-19*, ESI, Napoli.
- Tipaldo G. (2019), *La società della pseudoscienza*, il Mulino, Bologna.
- Tomasi M. (2017), *Politiche sanitarie vaccinali fra diritto, scienza e cultura*, Forum costituzionale.
- Violini L. (2002), *La tutela della salute e i limiti al potere di legiferare: sull'incostituzionalità di una legge regionale che vieta specifici interventi terapeutici senza adeguata istruttoria tecnico-scientifica*, «Le Regioni», 6: 1450-1460.
- Zagrebel'sky V. (2013), "Un'introduzione al diritto fondamentale alla salute", in Bottari C., Rossi L.S. (a cura di), *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, Maggioli, Rimini.

Il ruolo della formazione universitaria nella questione vaccinale.

Un'indagine nei Corsi di Laurea di Medicina e Infermieristica

di Rita Biancheri e Irene Psaroudakis

L'attuale emergenza pandemica ha acuito il tema della costruzione di un rapporto fiduciario tra medico e paziente, incentrato su un'alleanza terapeutica basata sull'ascolto e su una comunicazione efficace, che metta al centro le specificità della persona. L'intensificarsi di queste relazioni può rappresentare un argine significativo all'assunzione di comportamenti antiscientifici e una valida risposta per ritessere le file di un proficuo scambio di saperi, in un contesto dove il ruolo della divulgazione scientifica non può essere sottovalutato o lasciato all'informazione legata alla notizia, o alla sua strumentalizzazione politica.

Tale significativo obiettivo dovrebbe porsi come elemento catalizzatore per limitare alcune criticità che hanno caratterizzato, nel tempo, il superamento del paradigma bio-medico, la conseguente sottrazione del monopolio della conoscenza fino alla elaborazione del concetto di de-professionalizzazione (Haug, 1972), per spiegare la perdita delle qualità peculiari dell'agire medico. Una cornice complessa che investe nuovi ambiti che richiedono una formazione rispondente a uno scenario della cura allargato a prospettive multidisciplinari. Non a caso il tema dell'umanizzazione delle cure ha assunto in questi anni una centralità nella riflessione sull'offerta didattica, per riportare l'attenzione sul malato e superare le asimmetrie delle competenze tra saperi esperti e profani. Un simile processo acquista sempre di più rilevanza come elemento diagnostico, derivante dall'instaurarsi di una dialettica efficace in un contesto dove si confrontano i significati prodotti dall'esperienza del paziente, il ruolo attivo dei *caregivers* e le conoscenze scientifiche degli operatori sanitari.

Se queste sono le condizioni in cui operare per favorire dinamiche positive di salute, l'interrogativo diventa ancora più urgente se l'ambito riguarda posizioni controverse nell'assunzione di decisioni in merito al contestato uso preventivo dei vaccini. È proprio su terreni molto scivolosi che le risposte devono essere attente a non favorire dissonanze nella comprensione utile del fenomeno, come la necessità di raggiungere l'immunità di comuni-

tà per finalità di salute pubblica. Di conseguenza, strumenti come il consenso informato possono e devono essere impiegati per rassicurare e migliorare la comunicazione non sottovalutandone l'importanza ma consentendone proprio il fine euristico per un obiettivo condiviso. È infatti in questo incontro, dove si intrecciano dimensione sociale e valori individuali, scelte organizzative e soggettività che occorre assicurare competenze tecniche e capacità relazionali. Non una mera trasmissione di informazioni ma una condivisione basata sulla fiducia personale e sull'affidabilità delle istituzioni. Soprattutto in un momento di confusione mediatica è importante capire le fonti sulle quali basiamo il nostro agire e limitare quel fenomeno di *infodemia*, informazione e pandemia, cioè quell'insieme «eterogeneo di mali contemporanei quali la circolazione sovrabbondante di notizie, la loro mancata verifica, le imprecisioni volute o quelle che invece nascono nel rumore di fondo» (Barra 2021, p. 98).

In questa ricerca – che ha un carattere esplorativo, da cui la natura e la costruzione del campione – abbiamo cercato di analizzare, attraverso le risposte di studenti e studentesse di Medicina e Infermieristica, se l'attuale offerta didattica risponde ai cambiamenti delineati, per un rinnovato contesto relazionale che richiede competenze diverse, o se curricula basati strettamente sulle conoscenze bio-mediche non sono sufficienti per affrontare la complessità delle questioni, compreso il rapporto tra scienza e opinione pubblica.

L'ampliamento della presenza delle discipline umanistiche in questi curricula, per favorire il superamento della divisione artificiale tra gli ambiti delle scienze, si ritiene necessario per la convinzione che sia sempre di più dirimente preparare i nostri studenti ad un maggiore coinvolgimento dei/le pazienti nelle scelte terapeutiche, al fine di prendere in considerazione tutti quegli aspetti che esulano dall'intervento clinico ma che giocano un ruolo significativo nell'accettazione consapevole della cura.

L'attuale crisi pandemica investe, tra le altre variabili, le modalità stesse di produzione della conoscenza, i metodi della ricerca e le sue applicazioni per la tutela e il miglioramento della salute, in uno scenario dove la scienza è spesso tirata da più parti e strumentalizzata a fini politici e di profitto. È allora che l'informazione, anche se attuata dagli esperti, sembra non essere sufficiente in un contesto di enfattizzazione mediatica, ma può essere una risorsa importante se l'interazione tra professionisti e cittadini/utenti diventa un motore di co-produzione di sapere, aumentando il consenso e la credibilità della ricerca. Una riflessività che può efficacemente modificare i processi attraverso i quali si costruiscono le convinzioni che definiscono i comportamenti e le posizioni ideologiche, superando le barriere che alimentano i conflitti.

L'articolazione della ricerca

Di seguito entriamo nel merito di quella che è stata la fase quantitativa della ricerca *mixed-methods*, realizzata nel quadro del progetto discusso in questo Volume. Il tema scelto fin dall'inizio ha riguardato la questione vaccinale, ancora prima dello scoppio della pandemia, in quanto le posizioni che si stavano affermando anche nel nostro Paese erano già ritenute un argomento cruciale per gli scopi dell'indagine. Dopo l'emergenza Covid-19 si è rafforzata la convinzione dell'importanza di proseguire nella riflessione per introdurre elementi utili alla comprensione di un fenomeno che cambierà certamente le nostre vite e influenzerà gli scenari futuri.

Nel dettaglio, la finalità perseguita è stata quella di rilevare se l'acquisizione a livello cognitivo di un particolare *lessico* orientato al riconoscimento del ruolo della scienza nella gestione dei processi di salute, come favorito dal particolare *setting* educativo, agisce qualche tipo di inferenza nelle dinamiche di *meaning-making* rispetto al tema vaccinale. In particolare l'attenzione ha riguardato sia i motivi e i vocabolari che orientano i convincimenti personali (e quindi l'azione) nei confronti delle questioni scientifiche, sia il modo in cui gli studenti, invitati a partecipare all'indagine, *significano* il tipo di comunicazione offerta dagli strumenti *mainstream* e dai social networks che rappresentano, come evidenziato dai capitoli che compongono questo lavoro, il luogo privilegiato in cui si svolge la controversia vaccinale.

I risultati emersi possono essere spiegati e interpretati attraverso molteplici livelli di analisi, a cui corrispondono altrettante dimensioni conoscitive. Tali ambiti non devono essere considerati disgiunti gli uni dagli altri, come abbiamo cercato di argomentare, ma vanno intesi nel loro insieme, data la loro stretta interconnessione, in virtù del fatto che contribuiscono a ri-definire la cornice complessiva entro cui si delineano alcune rappresentazioni, relative al significato del sapere esperto (scientifico), e al modo in cui gli attori sociali che si collocano in una posizione “no-vax” (ma anche “vax-hesitancy”) *costruiscono* e argomentano la propria scelta.

Le informazioni sono state raccolte attraverso la somministrazione di un questionario strutturato, contenente dieci quesiti a risposta chiusa (successivamente integrati), e collocato su una piattaforma *online* accessibile soltanto agli studenti/tesse iscritti/e ai Corsi di studio oggetto dell'indagine. Si ricorda inoltre che le finalità della ricerca, le domande del questionario e la relativa necessità di compilazione sono state introdotte dai responsabili scientifici del progetto durante l'orario di lezione. I dati raccolti sono stati prima sistematizzati, poi analizzati con l'ausilio di un *software* statistico.

Nei paragrafi seguenti riportiamo i principali esiti della rilevazione che si è articolata in due fasi, a cui hanno corrisposto altrettanti *step* nella somministrazione del questionario ai diversi casi di studio, ovvero agli studenti

dei Corsi di Laurea selezionati: la *fase pre-Covid* (novembre e dicembre 2019), e la *fase post-Covid* (aprile e maggio 2020). In totale, il progetto ha visto il coinvolgimento di 1.329 studenti. L'indagine è terminata alla fine del mese di maggio 2020, data a cui fanno riferimento tutte le elaborazioni finali che hanno permesso un confronto tra i diversi momenti della ricerca.

Lo strumento di rilevazione adottato, nonché la sua strutturazione, rispondono a una pluralità di intenti: a uno scopo *conoscitivo* (circa le scelte, e la collocazione identitaria dei rispondenti nel dibattito scientifico e vaccinale), *riflessivo* (in relazione alle caratteristiche ascritte alla controversia scientifica, da cui trarre una serie di considerazioni utili per una nuova concettualizzazione delle strategie comunicative in merito alle sfide sanitarie), e *comparativo* (tra una situazione pre-pandemica e una successiva al dilagare dell'epidemia da Coronavirus, e quindi al significato esperienziale attribuito al sapere scientifico, in tema sanitario e particolarmente riguardante la questione dei vaccini, immediatamente dopo i primi mesi di emergenza). Introduciamo di seguito i quattro livelli di analisi a cui sono stati sottoposti i dati raccolti.

Un *primo livello di analisi* è orientato a identificare le differenze nelle risposte tra gli studenti di Medicina in un *setting* pre-Covid, e quindi in un contesto post-Covid. Il fine è quello di indagare come l'emergenza pandemica, intesa come punto di svolta e come fatto sociale "totale" (cfr. Psaroudakis, in questo Volume) abbiano inciso nella costruzione di una conoscenza informata e "scientifica". Il medesimo questionario è stato sottoposto prima a un campione di 244 iscritti al Corso di Laurea in Medicina dell'Università di Pisa (novembre 2019, che codificheremo come *Pisa 1*), e quindi ad altri 172 studenti del medesimo Corso, a distanza di un anno solare (maggio 2020, campione codificato come *Pisa 2*). La selezione del campione era inizialmente basata sul criterio dell'anno di frequenza – prevalentemente I anno e VI anno –, utilizzato al fine di monitorare il modo in cui muta, con la formazione, la consapevolezza sul tema vaccinale, e di conseguenza le diverse posizioni, mano ma mano che si acquisisce una cultura di tipo medico-scientifico (un sapere "esperto"). L'ipotesi non è stata perseguita successivamente a seguito dello spostamento *online* delle lezioni per ragioni sanitarie (il criterio di presenza aveva funzionato da meccanismo di controllo). Pertanto, i rispondenti che hanno partecipato alla seconda fase della rilevazione risultano iscritti in prevalenza al I e al VI anno, ma anche, seppur in maniera residuale, ad annualità intermedie. Ciò ha ovviamente influito sulla classe di età dei rispondenti, come da tab. 1, e ha impedito una corretta analisi del mutamento delle risposte in corrispondenza del passaggio agli anni di studio superiori.

Tab. 1 – Campione medicina (Pisa 1 e Pisa 2) disaggregato per classi di età. Dati a maggio 2020

	<i>Pisa 1 (pre-Covid)</i>		<i>Pisa 2 (post-Covid)</i>	
	<i>valori assoluti</i>	<i>valori percentuali</i>	<i>valori assoluti</i>	<i>valori percentuali</i>
18-20 anni di età	202	82,8%	34	19,8%
21-24 anni di età	28	11,5%	71	41,3%
over 25	14	5,7%	67	39,1%

Un *secondo livello di analisi* è relativo alla differenza nel tipo di formazione ricevuta: lo stesso questionario è stato somministrato nel dicembre 2019, e dunque in un periodo storico immediatamente antecedente allo scoppiare della pandemia, a 370 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica (I e III anno, seguendo la medesima ratio di cui sopra) dell'Università di Pisa. La ragione della scelta di un campione relativo a questa specifica disciplina sanitaria è stata quella di evincere se e come una differente motivazione nella scelta accademica, una variazione dell'offerta didattica e un differente professionalismo influisca o meno nella scelta delle risposte. In questo senso, la domanda di ricerca riguarda, oltre all'articolazione delle singole materie di insegnamento, se le aspettative personali, connesse al tipo di rapporto con i pazienti, possono rappresentare dei fattori determinanti nella discussione, nella posizione rispetto alla questione vaccinale e nella tipizzazione motivazionale dietro la scelta di opposizione all'obbligo. Anche nel caso di Infermieristica, la compagine anagrafica dei rispondenti appare variegata (tab. 2).

Tab. 2 – Campione Infermieristica disaggregato per classi di età. Dati a dicembre 2019

	<i>Infermieristica (pre-Covid)</i>	
	<i>valori assoluti</i>	<i>valori percentuali</i>
18-20 anni di età	185	50%
21-24 anni di età	146	39,5%
over 25	36	9,9%
non fornisce l'età	3	0,8 %

Il *terzo livello di analisi* riguarda l'impatto che l'emergenza pandemica ha avuto sulla costruzione dell'opinione pubblica in merito al ruolo della scienza e alla questione vaccinale, con particolare attenzione alle dinamiche comunicative e informative che si sono attivate nei primi mesi dell'epidemia. Pertanto, agli studenti di Medicina, che rientrano nel campione categorizzato come Pisa 2, è stato somministrato un questionario integrato di una serie di quesiti, attraverso l'utilizzo di tecniche di *scaling*.

Il medesimo strumento (nella forma integrata) è stato utilizzato nel *case-study* di Ferrara, come elemento di comparazione data la numerosità degli studenti. Il *quarto livello di analisi* è, infatti, incentrato sui risultati di questa ulteriore somministrazione. Rispetto a tale campione, che consta di 543 unità che frequentano il primo anno di studi, la diffusione dello strumento di rilevazione è avvenuta ad aprile 2020. Rispetto alla classe anagrafica, segnaliamo che 405 studenti (74,6%) hanno un'età compresa tra i 18 e i 20 anni, 102 studenti (22,1%) tra i 21 e i 24 anni, mentre solo 18 (3,5%) superano i 25 anni di età.

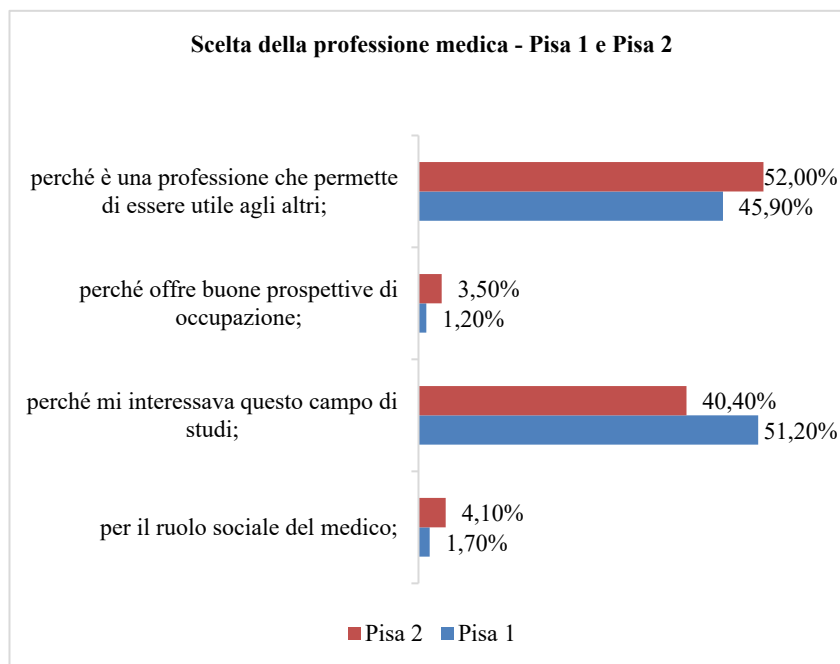
I risultati dell'indagine

Proviamo di seguito a esaminare i principali risultati dei quesiti posti, e come questi sono variati a) in linea con i due momenti temporali della rilevazione (prima e seconda fase), e b) rispetto al percorso formativo (medicina o discipline sanitarie/infermieristica).

La prima domanda (fig. 1) è pertinente la scelta dell'area medica o infermieristica come campo di studi. In fase pre-Covid, la maggior parte dei frequentanti il Corso di Medicina (124 risposte, il 51,2%) ha orientato la propria decisione in virtù dell'interesse personale relativo al campo di studi, seguito dal requisito dell'utilità verso gli altri (111 risposte, il 45,9%), come illustrato in figura 1. La rappresentazione del medico come *role-model*, o le prospettive occupazionali sono state indicate in forma estremamente minore, con percentuali che si assestano tra l'1,7% e l'1,2%. A distanza di un anno, è possibile invece notare una modifica significativa: la propensione verso la comunità diventa la motivazione prioritaria per il 52% degli intervistati (89 studenti), con uno scarto di ben 12 punti rispetto alla seconda scelta segnalata, ovvero l'interesse specifico nella disciplina (40,4%, 69 studenti). Ovviamente, per indagare a fondo gli elementi che hanno contribuito a incidere in questa direzione – affine, dunque, sia all'elemento vocazionale di natura individuale, sia alla *mission* sociale che si intende realizzare, e quindi, in ultima analisi, all'*identità* dei rispondenti – sarebbe opportuno attingere a strumenti metodologici non-standard, che contribuiscono all'emersione di tutta una serie di informazioni di natura soggettiva che un questionario non riesce a evidenziare (Silverman, 2006).

Tuttavia, anche dai risultati della *survey* è possibile evincere come l'impatto della pandemia abbia contribuito a sensibilizzare maggiormente i giovani verso la dimensione di sostegno alla co-produzione di significati (condivisi) nella collettività, attraverso la realizzazione di professionalità *other-oriented*.

Fig. 1 – Scelta del Corso di Laurea in Medicina, Pisa 1 e Pisa 2. Valori percentuali. Dati a maggio 2020

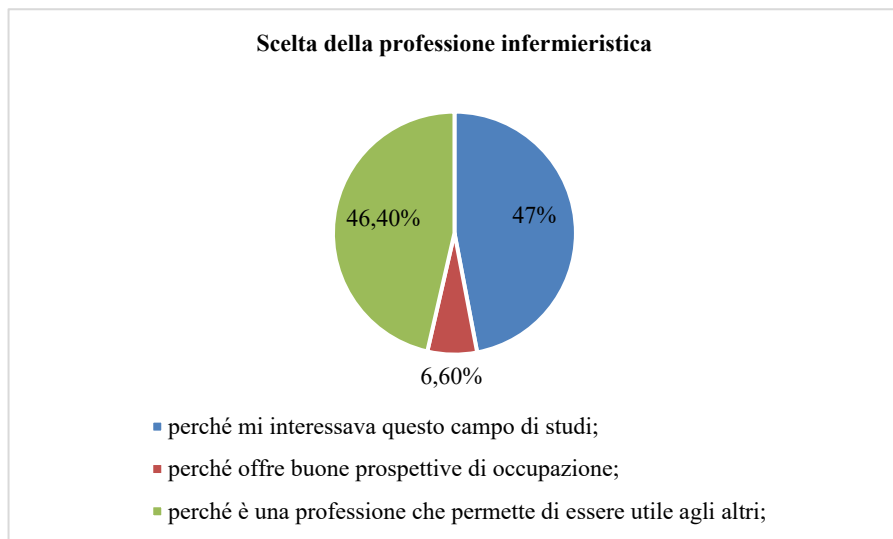


I dati emersi dalla rilevazione effettuata presso il Corso di Laurea in Medicina di Ferrara confermano quanto affermato dagli omologhi studenti pisani nel periodo post-Covid: la scelta in merito al tipo di studi da perseguire durante il percorso accademico è dovuta per il 50,1% dei casi alla volontà di mostrarsi utili agli altri, e per il 44,9% all'interesse personale. Quella che emerge è una polarizzazione leggermente più accentuata rispetto al campione Pisa 2: le restanti possibilità di risposte sono state selezionate in maniera più residuale (il 2,85% è influenzato dal ruolo sociale del medico, e il 2,2% dalle prospettive occupazionali).

La scelta di Infermieristica (fig. 2), invece, si pone in linea con quanto rilevato in fase pre-pandemica dagli studenti di Medicina di Pisa e Ferrara, ma con lievi differenze. L'utilità della professione per la comunità è richiamata nel 46,4% dei casi (170 risposte), mentre l'attributo dell'interesse

personale presenta una percentuale equivalente incidendo nel 47% delle risposte (172), dunque con un valore lievemente inferiore in confronto con quanto dichiarato dai colleghi medici nel 2019. Acquisisce maggiore importanza, invece, la dimensione professionalizzante del Corso, che rappresenta un fattore dirimente per il 6,6% dei rispondenti.

Fig. 2 – Scelta del Corso di Laurea in Infermieristica. Valori percentuali. Dati a dicembre 2019

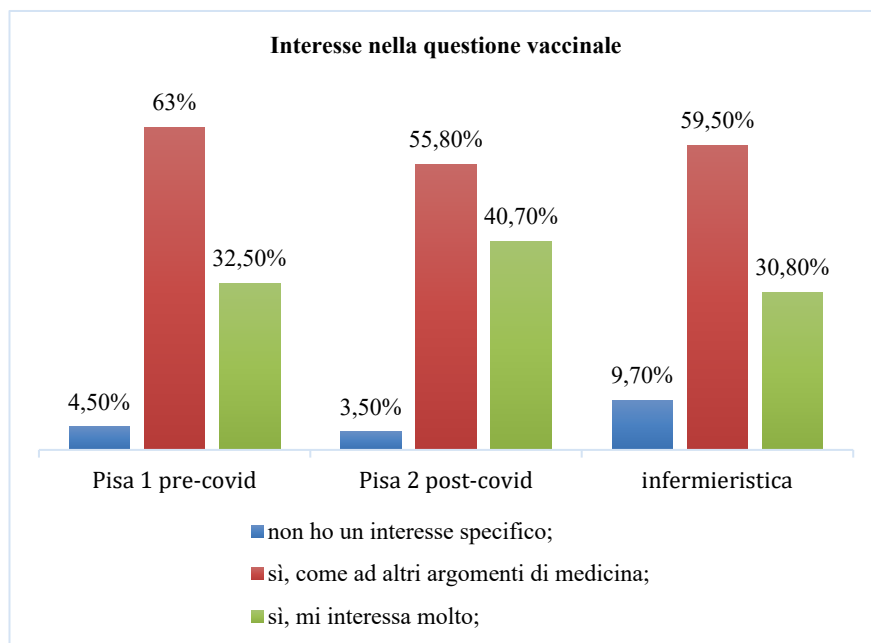


Iniziamo quindi ad addentrarci entro il *framework* in cui si colloca il tema vaccinale, a partire da una stima di quanto la questione intercetti il raggio di interesse degli studenti (domanda n. 2). Il questionario poneva infatti tre possibili alternative: a) la presenza di un elevato grado di interesse, b) un interesse medio, equiparabile ad altri argomenti d'area medica, e c) un interesse non rilevante.

Rispetto alla prima dimensione di analisi, come riportato da Figura 3 è possibile affermare che la questione vaccinale costituisca oggetto di interesse medio per gli studenti pisani di Medicina, per la quasi totalità dei campioni (Pisa 1 e Pisa 2): calcolando le percentuali cumulate, lo è nel 95,5% delle risposte fornite in fase pre-Covid, e nel 96,5% post-Covid. Il dato assume invece un valore minore tra gli studenti di Infermieristica, di cui per il 9,7% dei casi non costituisce un'attrattiva specifica. Allo stesso modo, considerando gli *step* della rilevazione precedenti la diffusione dell'epidemia da SARS-CoV-2 (Pisa 1 e Infermieristica), il livello di rilevanza non mostra considerevoli differenziazioni tra i Corsi di studio: 3,5 punti percentuali di differenza rispetto alla seconda possibilità di risposta

(un interesse al pari di altri argomenti di carattere medico), per gli studenti di Medicina (63%), e 1,7 nella terza possibilità di risposta (interessa molto al 32,5% di Medicina, e al 30,8% di Infermieristica). Ciò ci permette ragionevolmente di affermare come la discussione si inserisca in un *setting* informato, in cui la conoscenza del tema scientifico (vaccinale) non è quella del comune cittadino, ma si propone già in un *frame* di *expertise*.

Fig. 3 – Interesse nella questione dei vaccini. Valori percentuali. Dati a maggio 2020



L'altro aspetto che andiamo a rilevare è la variazione di opinione tra gli studenti pisani di Medicina, in un momento pre o post pandemico. Nella primavera del 2020 (Pisa 2), la questione vaccinale acquisisce un'attenzione primaria per il 40,7% degli studenti (con un incremento percentuale dell'8,2%), mentre è di interesse intermedio per il 55,8% (con un decremento del 7,2%). Decresce di un punto anche il *range* di coloro che si distanziano dall'argomento. È come se l'esperienza vissuta nei mesi precedenti avesse acuito la "necessità" informativa in questo campo (che si configura come una sorta di bene comune), probabilmente o rispetto all'esigenza di un vaccino in grado di contrastare l'epidemia (si ricorda che, al momento dell'indagine, la comunità scientifica era ancora impegnata nella ricerca/sperimentazione di un vaccino), oppure in relazione al ruolo svolto dalla scienza nell'ambito della salute pubblica: una posizione che,

nelle drammatiche condizioni sanitarie del 2020, ha ritrovato una nuova centralità, acquisendo un diverso significato nella sfera pubblica.

Gli studenti dell'Università degli Studi di Ferrara ripongono nella questione vaccinale un interesse relativo con percentuali equivalenti a Infermieristica: anche in questo caso rappresenta un argomento come gli altri di area medica per il 59,5%. Il 5,3% dichiara di non avere un interesse specifico, mentre il 35,2% è particolarmente interessato, con una percentuale che colloca il caso di studio in un *range* medio rispetto ai colleghi pisani prima e dopo l'emergenza.

I partecipanti al progetto sono stati quindi invitati a specificare la fonte principale di informazione e riflessione sul dibattito relativo al vaccino (domanda n. 3 del questionario). La letteratura scientifica (cfr. Kata, 2012) ha mostrato come la controversia vaccinale abbia eletto le piattaforme social come luogo di dibattito, ma nella formulazione delle risposte si è tenuto conto anche dell'influenza del contesto relazionale nella strutturazione di un'opinione: il gruppo dei pari (qui intesi come i colleghi del corso di studio), l'ambito familiare, i propri superiori (i docenti, considerati come attori dotati di una particolare esperienza e conoscenza sul tema). Si introduce qui, tra le varie possibilità, la funzione giocata dalle riviste di settore: non solo come ambito primario di acquisizione di informazioni, ma come luogo di validazione delle ricerche e delle scoperte scientifiche (in una contrapposizione tra scienza e senso comune) che risponde a esigenze specifiche.

La tabella 3 ci restituisce una serie di dati su cui riflettere. Il primo è relativo al fatto che, in fase pre-Covid, i giornali, la TV e i siti internet rappresentano la fonte prioritaria di conoscenza per il 70,4% degli studenti in Medicina (Pisa 1), e per il 68,1% di Infermieristica. Il tema vaccinale risulta proprio per questo marginale, infatti non è un frequente argomento di discussione neppure con i colleghi di studio (il 2,1% di Medicina, il 4,9% di Infermieristica), né con i docenti (rispettivamente il 6,6% e il 5,2%); se ne discute in famiglia rispettivamente per il 7,4% e l'11,7% dei casi. Gli articoli scientifici diventano la fonte principale di aggiornamento per il 13,6% di studenti di Medicina, e il 10,1% di Infermieristica.

Rispetto invece alle risposte fornite post-Covid dagli studenti di Medicina (Pisa 2), la situazione muta radicalmente: si nota un'equivalenza nell'importanza riconosciuta ai mezzi di comunicazione (36,8%, con grande scarto rispetto all'annualità precedente) e alla fonte scientifica (33,3%, che acquisisce valore), mentre aumentano le occasioni di scambio intellettuale con gli altri studenti (11,7%) e con i docenti a lezione (14%). L'incidenza della discussione familiare è molto bassa (4,1%). La variazione è conseguente anche alla maggiore dimestichezza con l'ambiente formativo: se si analizzano le risposte incrociandole con l'anno di iscrizione, si osserva che sussiste sicuramente una maggior predisposizione a informarsi direttamente dagli articoli scientifici per coloro che frequentano il sesto an-

no di corso (20 risposte), ma allo stesso tempo anche le matricole utilizzano la medesima fonte informativa, subito dopo la consultazione dei mass media, suggerendo un'influenza della formazione nell'alimentare un atteggiamento scientifico.

Tab. 3 – Fonte di discussione e informazione principale sul dibattito vaccinale. Valori assoluti e percentuali. Dati a maggio 2020

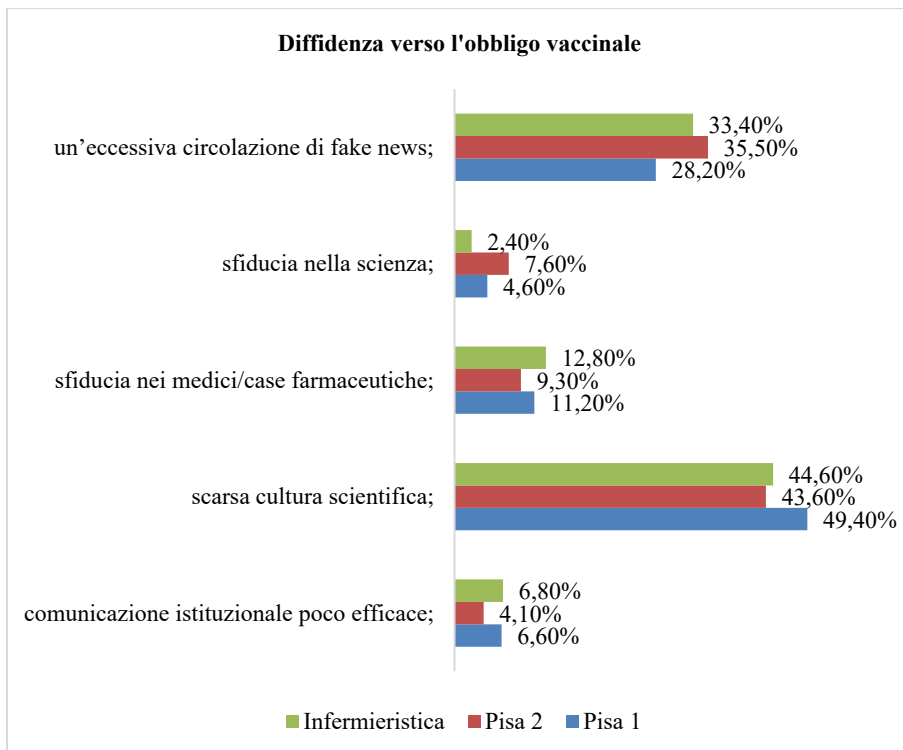
	Pisa 1		Pisa 2		Infermieristica	
	(pre-Covid)		(post-Covid)		(pre-Covid)	
	valori assoluti	valori percent.	valori assoluti	valori percent.	valori assoluti	valori percent.
articoli scientifici	33	13,6%	57	33,3%	37	10,1%
discussione con i colleghi del corso di studio	5	2,1%	20	11,7%	18	4,9%
discussione in famiglia	18	7,4%	7	4,1%	43	11,7%
giornali, Tv, siti internet	171	70,4%	63	36,8%	250	68,1%
se ne discute con i docenti a lezione	16	6,6%	24	14%	19	5,2%

Il caso di studio di Ferrara fornisce un quadro opposto, se valutiamo l'elemento temporale in cui si è svolta la somministrazione, e se operiamo un confronto con gli studenti pisani di Medicina, interpellati in fase post-Covid: notiamo infatti una percentuale del 64,6% di studenti ferraresi che prediligono informarsi sui mezzi di comunicazione *mainstream* (giornali, TV, web), a fronte di un 22,3% che ha dimestichezza con la fonte scientifica. La discussione con i docenti non è invece una prassi (la segnala soltanto lo 0,7% degli studenti), mentre è più frequente il dialogo con i propri familiari (9,2%). Il 3,1% usa confrontarsi con i colleghi.

La domanda successiva (quesito n. 4) entra nel cuore della controversia, richiamando l'obbligo vaccinale così come è stato introdotto dalla Legge n. 119/2017 (c.d. Legge Lorenzin), che rappresenta il focus del dibattito stret-

tamente connesso alla diffidenza di chi assume una posizione contraria, nel continuum identitario che racchiude le categorie “no-vax” e “vax-hesitancy”.

Fig. 4 – Motivazioni circa la diffidenza verso l’obbligo vaccinale. Valori percentuali. Dati a maggio 2020



Spiegando quanto riportato nella figura 4, è possibile affermare che le risposte ottenute nei diversi ambiti di studio e in periodi temporali differenti, pressoché si equivalgono. Per gli studenti di Medicina che hanno collaborato all’indagine nel 2019 (Pisa 1), la motivazione principale deve essere addotta a una scarsa cultura scientifica (49,4%, 119 risposte), mentre per gli studenti di Infermieristica lo è per il 44,6% (164 risposte). Segue il riconoscimento della circolazione eccessiva di *fake news*, rispettivamente per il 28,2% (Medicina, 68 risposte) e 33,4% (Infermieristica, 123 risposte). Da rilevare come la sfiducia nel ruolo del medico, e della neutralità/affidabilità delle cause farmaceutiche, siano considerate dall’11,2% e dal 12,8%. La percentuale, in questo caso, scende leggermente post-Covid: è indicata dal 9,3% degli studenti in Medicina (Pisa 2), che nella fase di rilevazione avvenuta nel 2020 imputano la “responsabilità” della diffidenza alla diffusio-

ne di false notizie per il 35,5% delle risposte (+7,3%, per un totale di 61 rispondenti). Il differenziale rappresenta, anche in questo caso, una spia circa la trasformazione nella formazione dell'opinione avvenuta in questo particolare anno: la rilevanza offerta alla esigua cultura scientifica diminuisce del 5,8% (43,6%, per 75 risposte), così come la scarsa efficacia della comunicazione non assume particolare importanza.

I dati emersi dalla parte di rilevazione svolta a Ferrara confermano le posizioni pisane, con percentuali simili a quanto rilevato a Medicina in fase pre-Covid: la diffidenza verso l'obbligo vaccinale è causata da una insufficiente cultura scientifica (48,1%), e poi da un'eccessiva circolazione di informazioni false (29,9%). L'11,8% attribuisce la responsabilità alla sfiducia nei medici e nelle case farmaceutiche, il 5,4% alla sfiducia nella scienza e il 4,8% alla poca efficacia della comunicazione istituzionale.

Si chiede quindi agli interlocutori la loro posizione (accordo o disaccordo) rispetto all'obbligo vaccinale (domanda n. 5), come introdotto dalla normativa vigente. I risultati sono riportati nella tabella 4.

Tab. 4 – Posizione dei rispondenti circa l'obbligo vaccinale come introdotto dalla normativa. Valori percentuali. Dati a maggio 2020

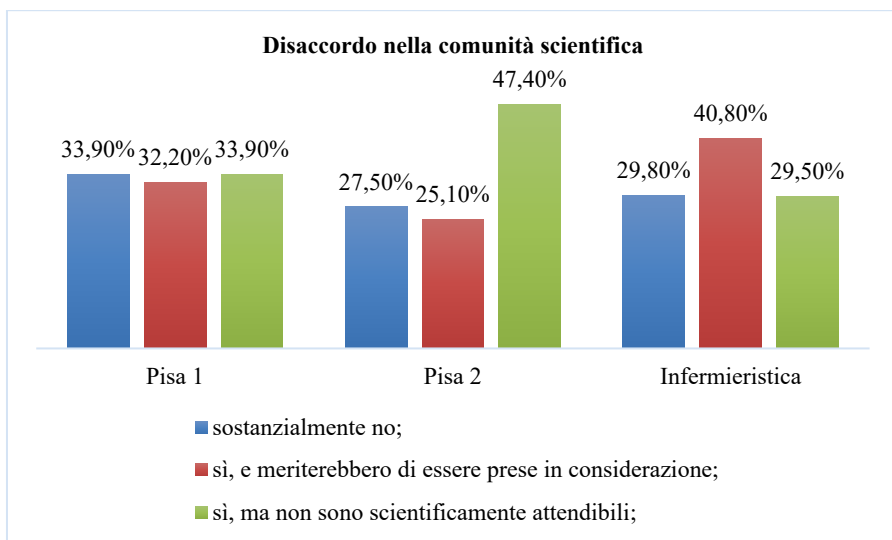
	<i>Pisa 1</i>	<i>Pisa 2</i>	<i>Infermieristica</i>
	<i>(pre-Covid)</i>	<i>(post-Covid)</i>	<i>(pre-Covid)</i>
non condivido l'introduzione dell'obbligo per legge	2,1%	2,3%	0,5%
sarebbe meglio limitare l'obbligo ai soli vaccini veramente indispensabili	9,1%	6,4%	17,6%
si, ma non credo che i vaccini debbano essere somministrati tutti insieme	9,1%	9,3%	13,5%
si, sono d'accordo	79,8%	82%	68,4%

Gli studenti di Medicina (Pisa 1 e Pisa 2) affermano di essere convintamente d'accordo con l'obbligo vaccinale in percentuali elevate: 79,8% pre-Covid (194), e 82% post-Covid (141 risposte), mentre la posizione oppositiva mostra stime, collocate attorno al 2%. La richiesta di limitazione dell'obbligo unicamente ai vaccini indispensabili si attesta al 9,1% nella prima fase dell'indagine (Pisa 1), e scende al 6,4% nella seconda (Pisa 2). L'osservazione per cui sussiste sì l'accordo sull'imposizione, ma affiancato dalla convinzione per cui la somministrazione dei vaccini non debba avvenire contestualmente (la Legge ne prevede l'inoculazione di dieci, in un solo momento), è riportata in entrambe le fasi della ricerca da percentuali di circa il 9% degli studenti. Perciò, se l'evento pandemico non ha particolar-

mente inciso nella tipologia di risposta fornita dai futuri medici, le distanze più notevoli emergono da un confronto con quanto dichiarato dagli iscritti al Corso di studio in Infermieristica. In questo caso specifico, la condivisione del vincolo vaccinale è indicata da una percentuale minore (seppur alta!) di studenti (68,4%, ben 253 volte). Quello che appare più interessante da notare è il più ampio raggio costituito dalle posizioni intermedie, che disegnano sì un consenso, ma più “soft”, condizionato al suggerimento di alcune indicazioni: l’elemento di indispensabilità (17,6%, 65 risposte) e la non coincidenza di tutti i vaccini (13,5%, 50 risposte).

Gli studenti di Medicina dell’Ateneo di Ferrara sono d’accordo con la soluzione del vincolo vaccinale, ma in misura minore rispetto ai colleghi pisani interpellati sia in fase pre-Covid, sia post-Covid. Mostrano invece una assonanza rispetto all’opinione fornita con maggior frequenza da Infermieristica: pur se con numeri elevati, nel nostro *case-study* la percentuale di condivisione non va oltre il 72,6%. Il restante 30% circa si distribuisce soprattutto tra la richiesta di circoscrivere l’obbligo unicamente a quelli indispensabili (13,5%), e di una non simultanea inoculazione (11,6%). Solo il 2,2% denuncia la propria contrarietà.

Fig. 5 – Presenza o meno di posizioni in disaccordo rispetto alla L. 119/2017. Valori percentuali. Dati a maggio 2020



In generale, la posizione degli studenti di area medica e di discipline sanitarie in merito alla questione vaccinale si configura di per sé, come abbiamo visto, in modo esemplificativo, in una conoscenza che potremmo definire a diversi livelli “informata”. Ma come si orienta la comunità scienti-

fica *tout court* rispetto all'introduzione dell'obbligo? Sussistono, a parere di coloro che hanno partecipato alla rilevazione, posizioni appartenenti alla comunità scientifica in esplicito disaccordo? E, in caso affermativo, come devono essere considerate? Si tratta di una serie di informazioni racchiuse nella domanda n. 6.

Le risposte fornite dai tre gruppi afferenti all'Università toscana forniscono altrettante tipologie di indicazioni (fig. 5). Le affermazioni degli studenti di Medicina, interpellati nel 2019 (Pisa 1), sono equamente distribuite; rispettivamente, per il 33,9% non c'è disaccordo nella comunità scientifica, per il 32,2% sì, e merita considerazione, e per il 33,9% sì, ma le posizioni in disaccordo non meritano attenzione in quanto non sono scientificamente attendibili. Procedendo con un confronto relativo all'aspetto "temporale" della somministrazione del questionario, le percentuali indicate a distanza di un anno mutano (Pisa 2): se per il 27,5% non sono presenti nella comunità scientifica soggetti in disaccordo con l'imposizione, per il 25,10% invece vi sono e meritano di essere ascoltati. Il dato rilevante è che sussiste un 47,4% a parere del quale chi mostra dissenso vaccinale nell'ambito scientifico non deve essere preso come riferimento per la collettività, perché non scientificamente affidabile: la posizione è quindi quella assertiva della verità scientifica correlata all'indubbio valore del ruolo della scienza, di ciò che viene considerato valido, efficace, sicuro dai "saperi esperti". Si tratta di un'altra sfumatura offerta alla "fede" nella scienza, per cui chi è in disaccordo non viene ritenuto parte di questo *framework* culturale, pur essendovi a vario titolo inserito.

Rispetto invece alla scelta del percorso universitario, l'orientamento degli iscritti alle professioni sanitarie si mostra ancora una volta differente. Nello specifico, gli intervistati hanno risposto per la maggior parte in maniera affermativa: per il 40,8% (148 volte) esistono posizioni di contrasto all'obbligo vaccinale, che devono essere ascoltate nell'ambito del dibattito pubblico, evitando una comunicazione monodirezionale. Le altre due possibilità si equivalgono: per il 29,8% dei giovani infermieri sostanzialmente non sono presenti, e per il 29,5% ci sono ma non sono scientificamente attendibili.

Gli studenti ferraresi distribuiscono invece le proprie risposte in maniera equivalente rispetto alle tre possibilità di scelta, similmente a quanto dichiarato dai colleghi pisani a novembre 2019 (Pisa 1): il 33,9% non reputa esistano nel *framework* scientifico posizioni distanti riguardo all'obbligo vaccinale, il 33,9% sì ma sono prive di attendibilità, il 32,2% sì e meritano adeguata considerazione.

La domanda n. 7 concerne una serie di "tipizzazioni" relative ai cittadini che, comunemente, sono definiti come "no-vax". Il *range* di risposte date prova a fornire un'interpretazione sul motivo della contrarietà vaccinale: la non credenza rispetto all'efficacia (e, quindi, la potenziale dannosità),

l'esistenza di interessi economici occulti che "gestiscono" il settore, l'avversione verso l'imposizione di un obbligo legislativo, le modalità di somministrazione, e l'influenza dei vissuti negativi e delle biografie personali. Si aggiunge la categoria "Altro", analizzata separatamente.

Tab. 5 – Rappresentazioni relative alla categoria "no-vax". Valori percentuali. Dati a maggio 2020

	<i>Pisa 1</i>	<i>Pisa 2</i>	<i>Infermieristica</i>
	<i>(pre-Covid)</i>	<i>(post-Covid)</i>	<i>(pre-Covid)</i>
contrari ai vaccini perché non credono alla loro efficacia e possono essere dannosi	54,3%	42,4%	61,3%
contrati ai vaccini, perché ritengono che il settore sia dominato da interessi economici	28,8%	39%	23,1%
contrari all'imposizione dell'obbligo da parte di istituzioni sanitarie	4,1%	2,9%	1,9%
contrari alla modalità di somministrazione	0	0,6%	0,5%
influenzati da esperienze negative personali o familiari	7%	4,7%	6,3%
Altro	5,8%	10,5%	6,9%

Anche rispetto a tale quesito, si delineano tre scenari differenti (tab. 5). Gli studenti di Medicina (Pisa 1) che hanno compilato il questionario prima della pandemia hanno ritenuto per il 54,3% (132 risposte) che i c.d. "no-vax" sono contrari perché convinti della dannosità dei vaccini, o che il settore sia dominato da interessi economici occulti (28,8%, 70 risposte). Nessuno ha indicato la modalità di somministrazione come caratteristica prioritaria, mentre per il 7% la storia personale o dei propri familiari può avere inciso. Post-Covid, gli studenti iscritti al medesimo Corso (Pisa 2) indirizzano le proprie risposte verso la non credibilità dell'efficacia (42,4%) e, in misura molto elevata (39%, 67 risposte), alla presenza di un'altra tipologia di interessi. I vissuti personali perdono rilevanza, mentre si segnala un

10,5% dei rispondenti che non si è riconosciuto nelle risposte a disposizione e ha sentito l'esigenza di offrire una propria interpretazione personale di cui riportiamo alcune (cfr. anche Biancheri, questo volume):

Serve maggiore conoscenza scientifica, maggiore interesse sull'argomento e minori fake news.

La disinformazione alimentata dalle fake news è la causa principale dell'opposizione ai vaccini.

La negazione della scienza, e quindi il fenomeno no-vax, è solo l'espressione di quest'epoca di oscurantismo.

Gli iscritti a Infermieristica, invece, modificano la situazione rispetto ai colleghi medici interpellati nella prima e nella seconda fase di somministrazione, confermando con maggior forza il proprio orientamento: a loro parere, l'inefficacia e potenziale dannosità dei vaccini costituiscono la ragione principale in cui si identificano coloro che assumono una posizione antivaccinista, per ben il 61,3% (per un totale di 223 unità). Viceversa, l'esistenza di interessi economici è indicata soltanto da meno di un quarto dei rispondenti (23,1%, 84 volte).

Più della metà degli studenti del Corso di Medicina di Ferrara (56,7%) reputa che la maggior parte dei "no-vax" sia contraria all'obbligo perché convinta della loro inefficacia e dannosità; segue un 30,7% per cui il settore – e, quindi, le relative scelte – derivano da interessi monetari. Un restante 8,7% si divide tra la contrarietà al vincolo istituzionale in sé (4,3%), la motivazione personale dovuta a esperienze negative (4,4%), e altre possibilità non previste nella batteria di risposte (3,9%). Anche in questo caso nessuno ha indicato la modalità di somministrazione come ragione specifica della contrarietà.

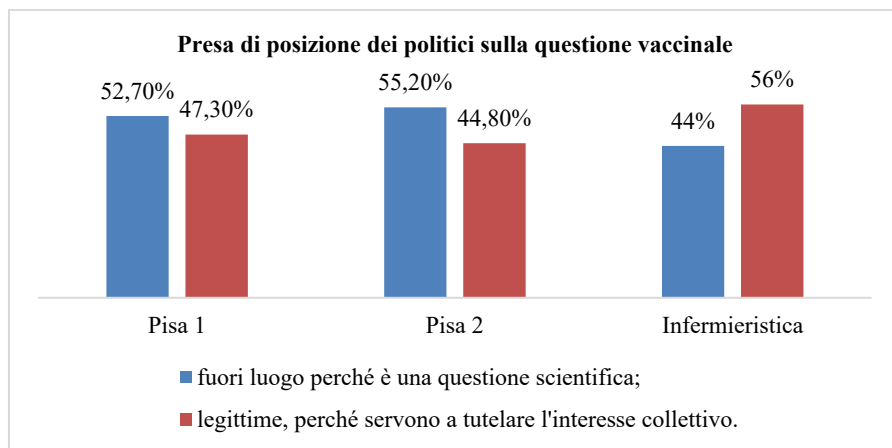
In generale, una serie di considerazioni trasversali ai quattro casi di studio provengono dall'area "Altro", in maniera univoca – anche contenutisticamente. Le specificazioni riportate possono essere considerate tutte assieme, in quanto rappresentano una serie di concause ognuna di per sé valida. Da un punto di vista qualitativo, inoltre, è possibile individuare alcune macro-aree che possono fare da cornice ai vari interventi, ovvero ambiti tematici entro cui ascrivere la ragione dei punti del questionario precedentemente affrontati e di seguito enucleati.

- La *misinformation*: in questa categoria vengono riportati i numerosi richiami alle *fake news* e alla consistente circolazione di notizie scientifiche non verificate, spesso tratte da fonti non attendibili. In questo ambito di risposte si richiama l'uso dei social networks come fonte privilegiata di informazione, al loro ruolo di filtro e di mediatori

- La *disinformation*: da correlare alla dimensione precedente, di cui è contemporaneamente ragione e conseguenza, indica tutti quei processi cognitivi per cui la conoscenza è eccessivamente scarsa, e/o si basa su fondamenti a-scientifici, su una cultura errata e sull'uso improprio di nozioni di senso comune. Vi si aggiunge la difficoltà ad acquisire una consapevolezza autonoma e critica, rispetto al comune "sentito dire" e alla mancanza di una verifica adeguata delle fonti.
- La *mancanza di fiducia nel sistema sanitario*: da intendere come fattore scatenante di una dinamica di distacco da tutto ciò che concerne la cultura scientifica anche come pratica di intervento nella salute pubblica, a cui si somma il carattere prescrittivo dell'intervento legislativo.
- La *criticità del sistema formativo*: che non prepara adeguatamente al cambiamento di paradigma nella relazione medico-paziente e all'analisi critica dei mutamenti avvenuti nella stessa organizzazione sanitaria.

Il quesito n. 8 si colloca nella medesima direzione semantica della domanda precedente, richiamando il modo in cui le prese di posizione degli esponenti politici in ambito vaccinale vengono valutate nella controversia scientifica: completamente fuori luogo, in quanto si tratta di pareri "non esperti" rispetto a un ambito puramente scientifico, che richiede adeguate e comprovate competenze specifiche, oppure legittime, in quanto il politico, in qualità di "rappresentante dei cittadini", agisce allo scopo di tutelare l'interesse collettivo. E, pertanto, ha il diritto di intervenire in questioni che coinvolgono l'intera comunità.

Fig. 6 – Prese di posizione dei politici nella questione vaccinale. Valori percentuali. Dati a maggio 2020



Come è possibile notare dalla figura 6, la differenza che si delinea non si rileva tanto tra quanto affermato prima o dopo la diffusione della pande-

ma, ma nel *setting* formativo. Le risposte offerte dagli studenti in Medicina (Pisa 1 e Pisa 2) sono simili, nonostante lo scarto temporale: la prevalenza è verso l'inopportunità dell'opinione politica sul tema, con una percentuale di 52,7% (126 risposte) nel 2019 e di 55,20% (95 risposte) nel 2020. Viceversa, gli studenti di Infermieristica disegnano uno scenario opposto, in quanto giudicano legittime le prese di posizione dei politici nel 56% dei casi (205 risposte) proprio per il loro ruolo di "tutela" degli interessi della comunità, da agire anche in una dimensione di salute pubblica.

La situazione che emerge nel *case-study* di Ferrara è affine a quanto dichiarato dal campione di Infermieristica: anche in questo caso, le affermazioni dei politici sulla questione vaccinale sono considerate legittime dal 54,8% degli studenti, a fronte di un 45,2% che le reputa inopportune.

Si segnala che, rispetto a questo quesito, la polarizzazione tra le risposte fornite nei tre casi (Medicina a Pisa, Infermieristica, e Medicina a Ferrara) si presenta in maniera più marcata che nelle altre domande del questionario, fotografando una netta diversità circa la legittimazione o meno della politica a intervenire e prendere posizione in ambiti di discussione dal carattere meramente scientifico.

Le ultime due domande del questionario sono pertinenti all'universo di significati di chi si pone in contrapposizione al tema vaccinale, e di chi si mostra affine alle c.d. "pseudo-scienze": i dispositivi medici alternativi e/o complementari.

La domanda n. 9 mira a esplorare l'influenza di particolari fattori economici nella ricerca scientifica in generale, e particolarmente in quella vaccinale. L'ingerenza può essere ritenuta rilevante, in quanto sono stati dimostrati numerosi casi di corruzione in ambito sanitario, o perché i fattori economici incidono considerevolmente sulla direzione della ricerca stessa. Ma può essere anche considerata di nessun conto, in virtù del principio di autonomia della ricerca, i cui risultati sono verificabili e validabili proprio dalla comunità scientifica.

Tab. 6 – Influenza di interessi economici nella ricerca scientifica. Valori percentuali. Dati a maggio 2020

	Pisa 1	Pisa 2	Infermieristica
	(pre-Covid)	(post-Covid)	(pre-Covid)
no, perché c'è un'autonomia nella ricerca e i risultati sono verificabili	17,9%	14,6%	16,9%
sì, perché ci sono molti casi di corruzione	7,1%	7,6%	19,4%
sì, perché incidono sulle priorità di ricerca	75%	77,8%	63,7%

Rispetto ai tre casi pisani analizzati, gli interessi economici giocano un ruolo nella ricerca scientifica, ma con percentuali che variano (tab. 6). Gli studenti di Medicina indicano questa risposta nel 75% durante la fase di rilevazione pre-Covid (Pisa 1), e nel 77,8% post-Covid (Pisa 2). Anche i giovani che frequentano il corso di Infermieristica condividono questa posizione, ma in misura minore (63,7%), riconoscendo maggiore importanza ai casi di corruzione e “malasanità” (19,4%, più del doppio degli altri casi).

La situazione che emerge dai dati raccolti a Ferrara conferma il medesimo *trend* affermativo, con una percentuale cumulata dell’88,3%: in quanto per il 77,2% dei rispondenti gli interessi economici incidono sulle priorità della ricerca, e per l’11,1% a causa di frequenti episodi di corruzione. Al contrario, per l’11,7% esiste un rapporto di autonomia nelle modalità e nelle direzioni della ricerca, e i risultati stessi sono verificabili.

La domanda n. 10, che conclude il questionario, è relativa alle offerte pseudo-scientifiche, a cui spesso l’opinione pubblica fa riferimento sia in termini di modalità alternativa di cura, sia come esempio di prodotti meno “compromessi” rispetto a possibili influenze esterne (es. interessi economici, politici e di case farmaceutiche). La medicina alternativa, le pratiche olistiche e complementari, le terapie naturali e le cure integrative, vengono spesso utilizzati erroneamente come sinonimi nella discussione di senso comune (WHO, 2001); rientrano in una cornice di dispositivi “non convenzionali”, il cui uso è molto frequente ma la cui scarsa affidabilità (scientificità) viene spesso richiamata nel dibattito scientifico.

Tab. 7 – Opinione circa le medicine alternative/complementari. Valori percentuali. Dati a maggio 2020

	Pisa 1 (pre-Covid)	Pisa 2 (post-Covid)	Infermieristica (pre-Covid)
possono rappresentare una soluzione terapeutica in determinate circostanze	29,8%	29,7%	42,5%
sono di efficacia non comprovata	40,8%	34,9%	31,7%
sono favorite da interessi economici	6,7%	11,0%	10,3%
sono una moda senza fondamento	22,7%	24,4%	15,6%

Come si nota dalla tabella 7, per un terzo degli studenti dei Corsi di Medicina dell’Università di Pisa, anche a distanza di un anno, gli strumenti medici alternativi possono rappresentare una soluzione terapeutica utile in determinate circostanze (29,8% nel 2019, e 29,7% nel 2020), ma per il 40,8% delle risposte ottenute nel 2019 la loro efficacia non è comprovata.

Nell'anno 2020, la convinzione decresce (34,9%), mentre si verifica un incremento nella considerazione del legame con interessi economici (11%). Sono, in generale, valutate alla stregua di "mode" prive di fondamento scientifico rispettivamente per il 22,7% (Pisa 1) e 24,4% (Pisa 2).

Nel caso di Infermieristica, è possibile notare un livello maggiore di riconoscimento: per il 42,5% le medicine alternative/complementari rappresentano uno strumento terapeutico di supporto, anche se non si hanno prove della loro reale positività (31,7%).

Gli studenti dell'Ateneo di Ferrara forniscono invece un orientamento molto più marcato rispetto al quesito posto: la metà di essi (49,9%) riconosce la loro utilità in casi particolari, anche se per un terzo dei rispondenti (29%) gli effetti benefici non sono dimostrati. Il 21,1% ha un'opinione negativa, di cui per il 9,5% tali dispositivi sono favoriti da ragioni economiche, mentre l'11,6% le giudica solo una tendenza momentanea.

Al termine di questo paragrafo, si interpretano una serie di commenti liberi riportati dagli studenti a chiusura delle prime dieci domande del questionario. Possiamo evidenziare, infatti, come le osservazioni generali offerte in maniera aperta dai partecipanti alla ricerca da un lato intendono rafforzare alcuni degli elementi del dibattito attuale esplicitati nei vari *items*, contribuendo a registrare alcune dichiarazioni sull'acquisizione di un punto di vista critico rispetto ai vari temi, tra cui: l'introduzione legislativa dell'obbligo vaccinale, la differenziazione tra le diverse modalità di somministrazione, l'intento economico che muove le scelte sanitarie e la politicizzazione dei movimenti. Dall'altro lato, mirano ad approfondire alcune riflessioni che riteniamo cruciali per le risposte che si dovranno fornire in termini di salute e, pertanto, particolarmente attuali in questo frangente storico.

Grande attenzione, infatti, è dedicata alla *questione della sensibilizzazione* al tema della comunicazione scientifica e alla crescita di atteggiamenti critici nell'opinione pubblica. Tale aspetto rappresenta una chiave di lettura fondamentale, spesso trascurato, che deve essere indagato attraverso la più ampia cornice dei cambiamenti sociali se si vogliono comprendere le resistenze alle indicazioni delle istituzioni e delle autorità sanitarie, poiché scienza e società si definiscono reciprocamente. Stigmatizzare di irrazionalità i dubbi sui vaccini può essere controproducente senza attribuire significato al percorso che ha portato a tale evidenza scientifica.

Si tratta di superare la visione sanzionatoria a favore del paradigma consensuale che trova i suoi limiti proprio nella consapevolezza e responsabilità individuale, la quale può aumentare grazie al maggiore impegno (e controllo) nella diffusione di dati e risultati delle ricerche per aiutare la cittadinanza a discernere le informazioni corrette dalle *fake news*, favorendo così un dibattito pubblico aperto e partecipato. La richiesta è infatti quella di un maggior equilibrio, anche da parte dei mezzi *mainstream* (stampa, TV, ma soprattutto piattaforme social) a cui si addebita la responsabilità di avere

acuito una situazione di caos attorno ai vaccini e alla salute, durante il periodo pandemico (*infodemia*). Lo stile comunicativo deve essere ripensato, reso più chiaro e trasparente, anche attraverso la voce di personale qualificato. L'errore è quello di sottovalutare le diverse componenti valoriali e motivazionali per intercettare l'interesse di chi non ha una consapevolezza in certo qual modo già "strutturata" in materia, rivolgendosi anche a coloro che possiedono livelli più bassi di scolarizzazione e possono essere disorientati da comunicazioni contraddittorie. Per queste ragioni la comunicazione deve essere strategicamente riorientata verso l'assunzione di una responsabilità collettiva, per cui le scelte dei singoli diventano dirimenti per il benessere dell'intera comunità. In relazione al vaccino anti Covid-19, poi, si afferma l'esigenza di un maggior investimento sulla sanità e soprattutto nella ricerca, assumendo uno sguardo di lungo periodo, che esula dal perimetro ristretto dell'emergenza.

In questa accezione, anche la *dimensione educativa* assume maggior valore: una formazione adeguata, in grado di fornire strumenti critici per la valutazione dei diversi stimoli a cui siamo esposti, favorisce nei cittadini la propensione ad assumere scelte "idonee" rispetto alla salute, nella costruzione di un sapere informato e, quindi, di una maggiore consapevolezza che guidi i comportamenti. Per questo motivo si auspica una presenza più diffusa delle scienze umane, in particolare anche nei corsi di studio delle professioni mediche e sanitarie: per comprendere meglio come tali dinamiche, attivate dalla controversia vaccinale, si sviluppano, incidono nei processi di salute pubblica, e sono agite da parte dei singoli individui (nella costruzione della conoscenza, nell'assunzione dell'obbligo vaccinale, nella responsabilità collettiva, etc.). E, non da ultimo, per valutare come il fattore relazionale possa davvero pesare e fare la differenza, soprattutto rispetto alle questioni sanitarie. Di conseguenza è importante partire dall'autoriflessione dei professionisti per sottolinearne la crucialità delle loro posizioni.

Una particolare attenzione è data al *ruolo della comunicazione* politica e istituzionale (anche in riferimento ai c.d. "esperti"), posta con maggiore enfasi al termine della prima fase di emergenza pandemica, che deve essere migliorata per favorire la credibilità del sistema sanitario e della comunità scientifica. Se il dubbio deve alimentare la ricerca nella formazione delle rappresentazioni collettive, il requisito necessario è la chiarezza e l'assunzione di responsabilità. Pur nel riconoscimento di possibili divergenze, si auspica il raggiungimento di un equilibrio tra i diversi interessi per diminuire il rischio di confusione negli utenti (contribuendo, in certo qual modo, a chiarire le numerose e possibili difficoltà di un evento del tutto nuovo). È una considerazione che assume maggior valore alla luce dell'esperienza di mesi in cui il pubblico è stato inondato di dati quantitativi, rinunciando invece ad una maggiore specificità, per esempio sugli esiti riscontrati per genere.

Sulla base dei commenti, è possibile evincere una certa convergenza di opinioni relative alla connessione tra percorso formativo e dimensione comunicativa. Chi studia materie mediche deve essere consapevole di non poter sottovalutare questi aspetti in quanto l'*empowerment* e la *compliance* del paziente determinano positivamente il percorso terapeutico. Di conseguenza, il ruolo della formazione è quello di intervenire sviluppando negli studenti l'apprendimento di competenze comunicative (umane e relazionali, in senso lato), fornendo loro una preparazione e gli strumenti più adeguati per poter meglio sostenere il carattere scientifico degli interventi, e poter quindi favorire una discussione che garantisca il requisito di migliore affidabilità in contrasto a quegli orientamenti di "senso comune", ideologici che vanno a discapito dell'efficacia delle misure da adottare.

È una riflessione che gli studenti "espandono" anche rispetto alla considerazione degli aspetti sanitari progettuali e programmatici. Difatti, pure la dimensione della *continuità temporale* assume un grado di importanza all'interno di fonti di informazioni credibili e coerenti, e non dettate dall'esigenza di fronteggiare le emergenze in modo del tutto contingente.

L'impatto dell'emergenza Covid-19 sulla questione vaccinale e sulla ricerca

Il deflagrare della pandemia da Coronavirus alcuni mesi prima della chiusura del progetto ha reso opportuno ipotizzare lo svolgimento di un secondo *step* di rilevazione: a) sia, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, per cercare di comprendere come è variata l'opinione degli studenti rispetto alla tematica vaccinale a seguito della mutata situazione scientifico-sanitaria che caratterizza il contesto sociale collettivo; b) sia per analizzare più nel dettaglio l'impatto che l'emergenza sanitaria ha avuto sulla discussione scientifica, enfatizzandone alcuni aspetti. Cercheremo ora di approfondire questo ultimo punto.

Per poter riflettere sul ruolo agito dalle drammatiche contingenze pandemiche nella costruzione di una posizione relativa al vaccino, nel mese di maggio 2020 gli studenti del Corso di Laurea in Medicina (*Pisa 2*) sono stati sollecitati a rispondere a una batteria aggiuntiva di domande, oltre quelle già previste dal questionario nella sua forma iniziale. Allo stesso modo, ad aprile 2020 anche a 543 studenti del Corso di Laurea in Medicina dell'Università degli Studi di Ferrara è stato sottoposto il medesimo questionario completo della sezione riferita alla questione pandemica, alla sua gestione e all'impatto che ha avuto nel dibattito scientifico.

I partecipanti alla ricerca sono stati così invitati a indicare il loro grado di accordo attorno ad alcuni punti tematici (tradotti in affermazioni), ognun-

no dei quali presenta una serie di variabili, e a cui corrispondono altrettanti quesiti:

1. L'impatto dell'emergenza Covid-19 nel dibattito scientifico e vaccinale;
2. La comunicazione istituzionale rivolta ai cittadini durante l'emergenza Covid-19;
3. La diversità di opinioni emersa nel corso dell'emergenza da parte degli esperti in campo medico/sanitario;
4. Le condizioni prioritarie per la ripresa (sociale e sanitaria), e per il raggiungimento di un certo ritorno alla normalità.

Analizziamo inizialmente i risultati della rilevazione effettuata tra gli studenti dell'Università di Pisa (Pisa 2). Rispetto agli scopi della nostra ricerca, l'esperienza emergenziale (tab. 8) ha come primo effetto quello di dare maggior rilievo al ruolo della scienza nel perseguimento di finalità di benessere collettivo, per quasi la totalità dei rispondenti (95,9%): per il 77,3% degli studenti, la criticità della situazione ha rafforzato con particolare enfasi l'importanza vaccinale in termini di salute pubblica, per il 18,6% lo ha fatto abbastanza. Tuttavia, nonostante il cambiamento nel significato attribuito al sapere esperto nella discussione collettiva, il riconoscimento scientifico non appare sufficiente a contrastare le posizioni contrarie, né la diffusione di meccanismi di disinformazione o di informazione errata, derivate (e incrementate) dall'ampia circolazione di *fake news*. Ad esempio, per l'82% l'emergenza pandemica non fermerà l'opposizione antivaccinale: ne sono convinti in maniera elevata un terzo di tutti i rispondenti (30,2%), e più moderatamente la metà di essi (51,7%). Solo per il 15,1% la situazione attuale rappresenta un fattore che, in misura minore, potrà contribuire ad "abbassare i toni" del dibattito. La forte "resistenza" di posizioni contrarie è motivata anche dall'elevata mole di notizie false circolate in rete durante l'epidemia, che come è stato spiegato nei vari capitoli del Volume finiscono per essere centrali nella formazione di convinzioni oppostive. Anche rispetto a questo fattore, le percentuali cumulate ci restituiscono pressoché un'uniformità di giudizio, dato che il 94,7% degli studenti ha denunciato tale dinamica (per il 61,4% "molto", e per il 33,3% "abbastanza").

Si tratta di una serie di affermazioni che non esulano da una valutazione complessiva sulla gestione dell'emergenza, che ha implicato non solo aspetti pratici ma anche comunicativi, informativi, relazionali. La considerazione sul modo in cui è stata affrontata la situazione è, in questo caso, ambivalente. In generale il giudizio si mostra positivo (65,1%, di cui il 50,6% dà una valutazione abbastanza sufficiente), viceversa più di un terzo dei rispondenti (34,9%) non si reputa soddisfatto: il 28,5% è poco in linea con la gestione emergenziale, mentre il 6,4% per nulla.

Tab. 8 – Effetti dell'emergenza Covid-19 nel dibattito scientifico e vaccinale. Pisa 2. Valori percentuali. Dati a maggio 2020

Pisa 2				
Livello di accordo				
	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
1. rafforza l'importanza dell'obbligatorietà dei vaccini per ragioni di salute pubblica	77,3%	18,6%	2,3%	1,7%
2. non fermerà l'opposizione no-vax	30,2%	51,7%	15,1%	2,9%
3. ha fatto circolare in rete soprattutto <i>fake news</i>	61,4%	33,3%	5,3%	0
4. è stata nel complesso gestita efficacemente	14,5%	50,6%	28,5%	6,4%

Vediamo adesso come ha risposto il campione di Ferrara (tab. 9). Il *trend* nelle risposte è il medesimo, anche se con percentuali differenti e spesso invertite. L'emergenza da Covid-19 rafforza in maniera significativa l'importanza dei vaccini per il 71,9%, abbastanza per il 23,9% degli studenti ferraresi. Tuttavia, per il 72% – una percentuale di circa dieci punti inferiori al campione pisano –, la drammaticità sanitaria non avrà effetti rilevanti rispetto alla contrarietà vaccinale. L'incidenza delle risposte è invertita: il 56,1% si è mostrato abbastanza d'accordo con l'affermazione, il 15,9% molto. Da sottolineare il dato per cui il 25,7% dei rispondenti gli effetti drammatici della pandemia fermeranno in parte l'opposizione “no-vax”, mentre avranno un impatto significativo solo per il 2,2%. Di nuovo, l'89% è convinto della coincidenza tra l'emergenza sanitaria e la circolazione in rete di notizie false e/o non verificate. Il 10,4% è poco in linea con tale considerazione, e lo 0,6% per nulla. La valutazione in merito alla gestione complessiva della situazione è generalmente positiva per il 66,9% (di cui, solo il 6,9% si mostra pienamente convinto della sua efficacia), a fronte di un 33,1% che offre un giudizio opposto: totalmente negativo per il 4,6%, parzialmente per il 28,5%.

Tab. 9 – Effetti dell'emergenza Covid-19 nel dibattito scientifico e vaccinale. Ferrara. Valori percentuali. Dati ad aprile 2020

Ferrara				
Livello di accordo				
	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
1. rafforza l'importanza dell'obbligatorietà dei vaccini per ragioni di salute pubblica	71,9%	23,9%	3,3%	0,9%
2. non fermerà l'opposizione no-vax	15,9%	56,1%	25,7%	2,2%
3. ha fatto circolare in rete soprattutto <i>fake news</i>	48,1%	40,9%	10,4%	0,6%
4. è stata nel complesso gestita efficacemente	6,9%	60%	28,5%	4,6%

Durante le prime fasi dell'emergenza pandemica un ruolo fondamentale è stato svolto dalla comunicazione istituzionale: sia riguardo alle misure di contrasto alla diffusione del virus da SARS-CoV-2 (distanziamento fisico, uso dei dispositivi di protezione individuale, etc.), sia rispetto ai provvedimenti legislativi che si sono susseguiti (chiusure, limitazioni, etc.), sia in relazione ai provvedimenti sanitari veri e propri, che spaziano dalla ricerca alla somministrazione del vaccino, ai tentativi di cura, alle drammaticità con cui il personale medico/sanitario si è improvvisamente trovato a confrontarsi. Quindi, il riferimento qui è a una comunicazione istituzionale orientata non solo a informare, ma anche a rassicurare i cittadini circa la validità (la necessità motivazionale) dei provvedimenti adottati, e a guidarli verso l'assunzione dei comportamenti più corretti in ottemperanza a ragioni di salute pubblica. Anche in questo caso, come illustrato nella tabella 10, il *feedback* complessivo offerto dagli studenti del Corso di Laurea in Medicina presso l'Ateneo pisano rispecchia quello relativo alla gestione emergenziale: il 61% dichiara soddisfacente la modalità comunicativa adottata, a fronte di un 39% che non la condivide. Le motivazioni sono differenti, sia in un senso che nell'altro. Un primo dato è relativo alla confusione generata dal sovrapporsi di voci, spesso in contrasto tra loro: per il 91,3% degli studenti pisani sono troppi gli interventi a cui abbiamo assistito (il 57,6% ha

dichiarato di essere molto in accordo con l'affermazione formulata), mentre per il 51,1% (totale 88 risposte, di cui 57 orientate sul "poco") non c'è stata una chiara distinzione tra esperti e rappresentanti delle istituzioni politiche, che sono indifferentemente intervenuti in questioni sanitarie. Ciononostante, un terzo dei partecipanti a questa fase dell'indagine reputa invece che sia stata abbastanza mantenuta una "separazione" comunicativa e di intervento (31,4%). Le criticità istituzionali derivano da una divisione delle competenze tra diversi livelli territoriali (per l'82,6%, di cui 78 studenti hanno indicato "abbastanza" e 64 "molto"): la sussidiarietà è stata spesso tradotta (o interpretata) come una sorta di federalismo, da cui un'incertezza istituzionale sulla validità delle iniziative politiche, o su cosa fosse o meno lecito a livello locale.

Tab. 10 – Comunicazione istituzionale durante l'emergenza da Covid-19. Pisa 2. Valori percentuali. Dati a maggio 2020

<i>Pisa 2</i>				
<i>Livello di accordo</i>				
	<i>Molto</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Poco</i>	<i>Per niente</i>
1. complessivamente efficace	11%	50%	30,2%	8,7%
2. hanno parlato in troppi	57,6%	33,7%	7%	1,7%
3. c'era una chiara distinzione tra esperti e politici	17,4%	31,4%	33,1%	18%
4. la divisione di competenze tra livelli territoriali ha creato problemi	37,2%	45,3%	15,7%	1,7%

I risultati emersi dalla somministrazione presso l'Università degli Studi di Ferrara offrono un quadro piuttosto simile (tab. 11). Il 60,4% reputa complessivamente positiva la comunicazione istituzionale agita durante la prima ondata emergenziale, anche se il 35,4% afferma di sentirsi poco in linea con tale considerazione. Si conferma la negatività della moltitudine di voci e opinioni che si sono espresse (82,3%): per il 45,3% hanno parlato in troppi, generando quindi confusione e incertezza. Tuttavia, il 15,5% si mostra poco allineato con questa affermazione. In merito alla presenza o meno di una chiara distinzione tra opinioni fornite da esperti e da politici, anche in questo caso il campione si mostra diviso in maniera equa. Il 50,9% pone la questione in chiave critica (per il 41,1% c'è stata una scarsa separazione tra le due sfere), mentre il resto non denuncia la problematica (il 35,7% si

trova abbastanza d'accordo con l'affermazione presentata nel questionario). Il nodo critico circa l'efficacia e l'efficienza della strategia comunicativa si conferma essere, seppur in misura decisamente inferiore in confronto a quanto emerso nel caso di Pisa, la distinzione tra le competenze territoriali, che ha creato problemi per il 67,6% dei rispondenti (di cui, per il 16,4% "molto" e per il 51,2% "abbastanza"). Infatti, per un terzo (29,3%) degli studenti dell'Ateneo dell'Emilia Romagna il principio di sussidiarietà non ha rappresentato una criticità rilevante nella comunicazione adottata nei primi mesi dell'epidemia.

Tab. 11 – Comunicazione istituzionale durante l'emergenza da Covid-19. Ferrara. Valori percentuali. Dati ad aprile 2020

<i>Ferrara</i>				
<i>Livello di accordo</i>				
	<i>Molto</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Poco</i>	<i>Per niente</i>
1. complessivamente efficace	7,7%	52,7%	35,4%	4,2%
2. hanno parlato in troppi	45,3%	37%	15,5%	2,2%
3. c'era una chiara distinzione tra esperti e politici	13,4%	35,7%	41,1%	9,8%
4. la divisione di competenze tra livelli territoriali ha creato problemi	16,4%	51,2%	29,3%	3,1%

Successivamente, il tentativo è stato quello di riflettere sul modo stesso di intendere la diversità di opinioni tra esperti nell'ambito medico e sanitario, politici, rappresentanti delle istituzioni e opinionisti, particolarmente presenti nei primi mesi del 2020 sui mezzi di informazione, e quindi di analizzare la mancanza di comunicazione e informazione univoche.

I risultati emersi dalla parte di indagine svolta tra gli studenti di Medicina iscritti a Pisa, e presentati nella tabella 12, ci aiutano a capire come la criticità comunicativa, nel suo complesso, sia stata percepita come comprensibile (82% di risposte), dati i caratteri di eccezionalità che hanno determinato reazioni inedite da parte di tutti i settori della società: la complessità del momento ha mutato gli stili e le dinamiche dell'informazione, in una situazione in cui la comunicazione stessa (istituzionale, politica, scientifica) si è trovata a inseguire l'imprevedibilità degli eventi. Ciononostante, il 17,4% ha ritenuto poco giustificabile la confusione generata dal frequente sovrapporsi di opinioni contrapposte. Segue la considerazione per cui, a pa-

rere del 75,6% (di cui il 45,3% ha indicato di essere “abbastanza” in accordo), sarebbe stato opportuno mantenere la discussione entro il raggio degli esperti, escludendo coloro che, seppur provenienti dall’area medica, non possedevano la specificità e l’*expertise* necessario per poter rispondere adeguatamente e con maggiore completezza alle domande contingenti. Inoltre, il 16,9% degli studenti di Pisa 2 si trova a condividere in misura minore (“poco”) una strategia che avesse separato gli interventi.

Tab. 12 – Diversità di opinioni emerse durante l’emergenza da Covid-19. Pisa 2. Valori percentuali. Dati a maggio 2020

		Pisa 2			
		Livello di accordo			
		Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
1.	comprensibile data la novità della situazione	25,6%	56,4%	17,4%	0,6%
2.	era meglio tenere la discussione entro la cerchia degli esperti	30,2%	45,3%	16,9%	7,6%
3.	le divergenze rispecchiano in parte conflitti di potere e interesse	17,5%	40,4%	35,7%	6,4%
4.	la scienza non può dare certezze inconfutabili	22,8%	39,2%	29,8%	8,2%
5.	esiste un’unica posizione scientificamente affidabile	10%	34,7%	40%	15,3%

Le motivazioni hanno varia natura. In primo luogo, in quanto le divergenze di cui si sono fatti portatori i diversi attori che, nei primi mesi della pandemia, sono intervenuti nel dibattito scientifico, possono essere dovute a conflitti di potere, di interessi, o anche a scarse conoscenze. In pratica, è diffusa la percezione secondo cui anche i messaggi di tutti coloro che sono stati ritenuti “esperti” siano permeati di un carattere politico o di qualche interesse specifico – che rispecchiano, validandole o criticandole, le varie

modalità in cui è stata (o avrebbe dovuto essere) presa in carico la questione pandemica da un punto di vista gestionale e sanitario. È un'opinione abbastanza diffusa per il 40,4% dei rispondenti, ma che allo stesso tempo risulta essere poco condivisa da una numerosità solo lievemente inferiore di studenti (35,7%, delle risposte). A far propendere la totalità delle risposte verso il sussistere di un legame tra opinioni espresse e potere sono coloro (17,5%) che hanno dichiarato di trovarsi “molto” in accordo con questa considerazione.

Tuttavia, bisogna riconoscere che i metodi stessi della scienza auspicano un proficuo confronto, e quindi non si possono dare certezze inconfutabili. È un messaggio che spesso è mancato e invece deve essere trasmesso soprattutto nel campo della comunicazione, dove si devono evitare false aspettative o fraintendimenti. Lo ritengono con forza il 62% dei rispondenti, con diversi gradi: per il 39,2% si tratta di una considerazione che vale “abbastanza”, per il 22,8% “molto”. Viceversa, quasi un terzo (29,8%) non condivide particolarmente l'affermazione, e l'8,2% per nulla. Di conseguenza, ritenere che esista un'unica posizione scientificamente affidabile diventa una posizione divisiva: il 44,7% si mostra a favore, a fronte del 55,3% che non manifesta di essere d'accordo (di cui il 40% lo è poco). Questo in quanto, è possibile dedurre, il carattere stesso del dibattito scientifico lo pone continuamente di fronte a nuovi sviluppi, miglioramenti, e a interrogativi inediti.

Anche gli studenti di Ferrara condividono quanto affermato dai colleghi di Medicina dell'Università di Pisa: la varietà di opinioni emerse durante l'emergenza è stata giudicata comprensibile dall'86,5% dei rispondenti, mentre solo l'11,4% ha ritenuto l'affermazione poco condivisibile. Il livello di accordo circa la seconda considerazione riportata nel questionario differisce: il 66,7% ritiene che sarebbe stato più consono circoscrivere la discussione tra chi può vantare un sapere esperto (quasi dieci punti in meno rispetto a Pisa 2), al contrario il 33,3% non si mostra d'accordo (di cui, il 28,3% ha indicato “poco”). Le divergenze sono causate, in larga parte (57%), dalla presenza di conflitti di potere e/o interesse latenti che influiscono sulle posizioni assunte nel dibattito (il 41,9% ha indicato “abbastanza”, e il 15,1% “molto”). Viceversa, il 43% – e, quindi, in maniera maggiore agli omologhi toscani – ritiene che questa non costituisca una motivazione valida (in particolare, è poco d'accordo ben più di un terzo degli studenti: il 36,8%). Inoltre, la scienza non può offrire certezze per più della metà dei rispondenti (54,8%, di cui solo il 13,9% dichiara di condividere pienamente l'affermazione): si deduce che gli studenti dell'Ateneo di Ferrara hanno una “fede” più consistente rispetto al ruolo della scienza e del sapere esperto (45,2%, in confronto al 38% degli omologhi pisani). L'ultima informazione che si trae da questa batteria di domande è ancora di particolare interesse. Il 66% dei rispondenti, infatti, non reputa che esista una sola po-

sizione scientifica affidabile (la metà del campione è poco d'accordo), così come è esigua la percentuale di coloro che dichiarano con enfasi l'unicità (5,4%).

Tab. 13 – Diversità di opinioni emerse durante l'emergenza da Covid-19. Ferrara. Valori percentuali. Dati ad aprile 2020

Ferrara				
Livello di accordo				
	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
1. comprensibile data la novità della situazione	22,4%	64,1%	11,4%	2,1%
2. era meglio tenere la discussione entro la cerchia degli esperti	29,8%	36,9%	28,3%	5%
3. le divergenze rispecchiano in parte conflitti di potere e interesse	15,1%	41,9%	36,8%	6,2%
4. la scienza non può dare certezze inconfutabili	13,9%	40,9%	36,2%	9%
5. esiste un'unica posizione scientificamente affidabile	5,4%	28,7%	50,5%	15,5%

In conclusione del questionario, e in linea con le indagini Eurobarometro (2020) condotte dal Parlamento Europeo in merito all'opinione pubblica nel periodo pandemico, è stato domandato l'indice di priorità essenziali per una ripresa e per il ritorno alla normalità, in relazione all'individuazione di 8 aspetti problematici (*item*), così elencati:

1. Le misure di tutela della salute dei cittadini;
2. La ripresa economica;
3. L'investimento sulla sanità pubblica;
4. Le relazioni tra persone;
5. L'investimento nella ricerca;
6. Interventi per migliorare la qualità dell'ambiente;

7. Tutelare di più gli operatori sanitari;
8. Preparare piani adeguati per affrontare le prossime emergenze.

Gli studenti sono stati invitati a fornire il proprio ordine di importanza, in una misura da 1 a 8, in relazione a ogni *item* proposto: l'uso di una semplice scala qualitativa di valutazione della rilevanza offerta a ognuno di essi consente di evincerne l'intensità, e di ricostruire una gerarchia di esigenze e valori.

I risultati, esposti nella figura numero 7 (Pisa 2) e nella figura numero 8 (Ferrara) in ordine di priorità di emergenza, fanno capire come sia necessario (rispettivamente, per il 56,1% e il 52,8%) ripartire elaborando una serie di misure di tutela della salute dei cittadini (*item* n. 1) che siano efficaci ed efficienti. Il dato è interessante, perché da un lato mostra la percentuale più elevata, ma dall'altro è indicato come misura residuale da adottare dal 17% dei rispondenti pisani, e dal 25,2% di studenti ferraresi.

Per quanto riguarda il campione Pisa 2, la stessa contrapposizione nel grado di risposte offerte si verifica rispetto alla preparazione di adeguati interventi preventivi (*item* n. 8), come ad esempio la realizzazione di piani, per affrontare tempestivamente eventuali eventi emergenziali futuri: si tratta di un'esigenza percepita con la massima importanza da 32,2% dei partecipanti alla ricerca, ma che allo stesso tempo viene indicata come meno importante nella misura del 18,7%. Invece, riguardo al campione di Ferrara, le percentuali indicate agli estremi della linea di priorità coincidono: la preparazione di piani adeguati per affrontare le prossime emergenze è indicata come esigenza primaria dal 22,1%, e come ultimo aspetto dal 22,8%. L'investimento sulla sanità pubblica (*item* n. 3) deve essere incrementato e sistematizzato per il 35,9% degli studenti pisani (e per il 17,6%, che le assegnano valore 2), percentuale che colloca questa necessità al secondo posto della scala ideale di priorità; anche per il campione di Ferrara si conferma l'importanza di sanare questo aspetto problematico (24,8%), nonostante il 19,4% dei rispondenti gli riconosca valore minimo. La tutela degli operatori sanitari (*item* n. 7) assume, di conseguenza, valore per il 32,7% dei rispondenti pisani, e per il 24,5% degli iscritti a Ferrara; tuttavia, questi ultimi collocano questo fattore agli ultimi due posti nella scala di priorità, per un totale di 29,6%.

L'investimento nella ricerca medica e scientifica (*item* n. 5) si posiziona, per il 29,2% del campione Pisa 2, in un valore intermedio della scala così come per il 21% di Ferrara (con una percentuale simile al suo valore opposto, che per il 19,5% assume scarsa rilevanza).

È tuttavia interessante notare come l'attenzione all'ambiente (*item* n. 6), per il miglioramento della qualità della vita (benessere) ma anche per la prevenzione di eventi naturali (anche sanitari) favoriti dall'alterazione dell'equilibrio terrestre, venga riconosciuto come importante solo dal

18,7% degli studenti di Medicina di Pisa, con un valore molto simile (18,3%), alla ripresa economica (*item* n. 2), che tuttavia è evocata dal 23,1% come immediatamente secondaria per il ritorno alla normalità, secondo una percentuale cumulata del 41,4%. Per quello che riguarda la risposta di Ferrara, invece, l’attenzione all’ambiente si configura come un elemento non particolarmente degno di interesse: il 45,3% lo posiziona in un *range* tra 6 e 8 (in confronto al 38% dei colleghi pisani). Anche i futuri medici di Ferrara considerano importante la ripresa economica: se la posiziona al primo posto solo il 12,8%, il 25% le assegna il valore immediatamente successivo (per percentuale cumulata di 37,8% che le assegna valore tra 1 e 2).

Se dovessimo quindi trarre delle conclusioni, potremmo riflettere su come la salute pubblica abbia acquisito una rilevanza primaria, nella percezione comune di “conditio sine qua non” su cui fondare tutti gli altri aspetti della società. Viceversa, le relazioni umane (*item* n. 4) perdono significato, in quanto vengono indicate come prioritarie soltanto dal 6,5% degli studenti pisani e dal 5,8% dei ferraresi, che distribuiscono questo fattore nelle altre posizioni intermedie della scala, con percentuali non irrilevanti al termine opposto del continuum (il 48% di Pisa 2 lo colloca tra il quinto e l’ottavo grado di importanza, come il 54,2% di Ferrara).

Fig. 7 – Priorità post emergenza Covid-19 in ordine di rilevanza. Pisa 2. Valori percentuali. Dati a maggio 2020

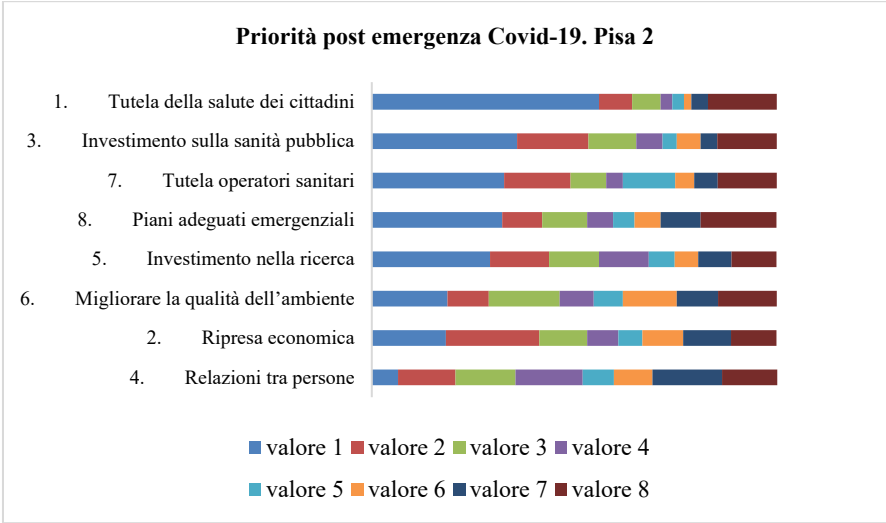
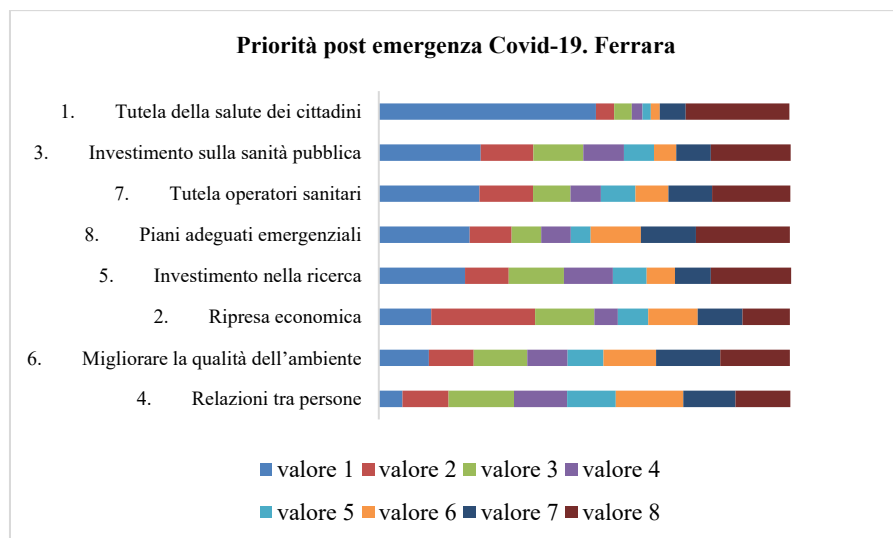


Fig. 8 – Priorità post emergenza Covid-19 in ordine di rilevanza. Ferrara. Valori percentuali. Dati ad aprile 2020



Da tutto ciò si può evincere come il contesto specifico in cui i rispondenti esperiscono i propri vissuti sia orientato a una dimensione scientifica (e clinica), in cui l'aspetto umano (individuale), pur se riconosciuto, diventa secondario. In tal senso, come abbiamo cercato di argomentare, va letto l'intervento delle scienze umane in *setting* formativi di tipo scientifico (Ross, Mirowsky, 2003). Quelle che, infatti, la letteratura descrive come appartenenti all'ambito delle "competenze culturali", sono *skills* che mirano a intersecare gli aspetti relazionali con quelli più "tecnici", dimostrandosi essenziali nell'individuazione di strategie di *health promotion* che, necessariamente, implicano anche la dimensione dei legami: nella diffusione delle informazioni, nell'elaborazione di interventi mirati a colmare eventuali *gap* (ad es. la disparità di accesso alle misure sanitario, o alle informazioni) e marginalità, nella comprensione della specificità dei target (e dei vissuti), nell'interpretazione dei cambiamenti, nell'acquisizione di comportamenti che rafforzano dinamiche di *in-groups*, nell'implementazione di meccanismi virtuosi di contagio sociale (Christakis e Fowler, 2009), etc. In sintesi, pur se racchiude in sé una molteplicità di significati, una competenza culturale è definita come «*that which allows us to develop programs in ways that are consistent with the individual's and the community's cultural framework*» (Pérez, Luquis, 2008, p. 173). Sono competenze individuali e collettive che l'ambiente medico-sanitario non può fare a meno di acquisire, sia rispetto ai professionisti che ai giovani, da valorizzare anche in ottica futura e in chiave strategico-comunicativa, per favorire una più efficace in-

terazione in un clima di fiducia e di attenzione alla persona. La loro importanza è riscontrabile non solo nell'adozione e promozione di comportamenti letti in chiave di salute pubblica, ma anche nell'attitudine con cui i c.d. "esperti" (in cui abbiamo incluso, nella nostra riflessione, anche gli studenti) si rivolgono alla salute in generale, e nella comprensione delle varie pratiche sociali (*ivi*). E, in ultima analisi, nel modo in cui verranno "gestiti" i processi scientifici e sanitari necessari per strutturare una ripartenza comunitaria, al termine della pandemia, attraverso la "traduzione" dei programmi e delle varie priorità in veri e propri piani di azione.

Conclusioni

Al termine di questa indagine è possibile affermare come le informazioni raccolte abbiano contribuito a delineare la complessità della cornice concettuale in cui si inserisce il progetto di ricerca, rispondendo a un duplice intento: da un lato si è cercato di offrire una risposta al rapporto, per molti aspetti controverso, tra scienza e opinione pubblica, dall'altro la varietà delle risposte offerte ha restituito la multidimensionalità della tematica, in cui si intersecano numerosi elementi – tra i quali ricordiamo, in primo luogo, la fiducia nel sistema sanitario e nelle istituzioni, l'efficacia attiva e della comunicazione nell'ambito dei processi di salute, il ruolo dell'informazione nelle dinamiche di costruzione di un sapere "scientifico", e quindi il riconoscimento delle competenze attraverso una interazione trasparente e basata sulla credibilità.

I livelli di analisi esplorati nel capitolo disegnano un contesto di significati in cui le particolari offerte curriculari concorrono a fornire ulteriore validità alla rilevanza della questione scientifica nella futura attività professionale, avvalorando la necessità del consolidamento di una pratica riflessiva nella disciplina medica *tout court*, che chiami sempre più in causa il contributo delle scienze umane sia per la *comprensione* dell'evoluzione di alcuni fenomeni di salute pubblica, sia nello sviluppo della dialettica positiva tra la cittadinanza e le autorità sanitarie (richiamando, in primis, la relazione medico-paziente). In tal senso, arricchire il *know-how* medico, non solo tecnico, con l'acquisizione di competenze relazionali già durante l'iter formativo, può rivelarsi utile nel fronteggiare in maniera *dialettica* certe conflittualità, individuando le direzioni più efficaci per affrontare situazioni delicate e criticità specifiche come la disputa vaccinale, e quindi la pluralità di fattori che favoriscono una condivisione del concetto di salute, a maggior ragione in un *setting* da ri-costruire come si configura lo scenario post-pandemico. Ciò, anche riguardo all'elaborazione delle *policies* di intervento nella salute pubblica e alle relative strategie di organizzazione, comunicazione e informazione.

I risultati della rilevazione sottolineano come l'“evento” del Covid-19 abbia concorso a orientare la posizione degli studenti dei Corsi di Laurea in Medicina (di Pisa e Ferrara) e Infermieristica nei confronti del dibattito sul rapporto tra scienza e società. A proposito, ne è testimonianza il fatto che la scelta del percorso di studi (soprattutto in Medicina) sia dovuta sempre più a una motivazione *other-oriented*: ovvero che nell'anno appena trascorso il rivolgimento alla comunità si configuri come un fattore preponderante nelle decisioni sul futuro professionale, in grado di incidere con più forza rispetto all'interesse personale.

Un altro dato che emerge chiaramente dalla ricerca è la differenza di sfumature tra le indicazioni che si traggono dai campioni di area medica e da quello di area professionalizzante: se nel complesso il *frame* in cui si collocano le osservazioni è il medesimo, permettendo di tracciare alcune macro tendenze, è invece possibile evincere alcuni tratti distintivi relativi alla specificità formativa e, in generale, una diversità nelle percentuali di risposta nelle varie alternative proposte dallo strumento di rilevazione.

Gli esiti possono essere brevemente sintetizzati come di seguito. Indagando dettagliatamente i vari profili della controversia tra sapere scientifico e non, si nota come l'interesse nella questione vaccinale si ponga in un perimetro di conoscenza esperta riguardo a tutti gli argomenti di natura medico-scientifica, con un valore specifico che va consolidandosi nel periodo post-Covid. Allo stesso modo, la pandemia pare aver esercitato un'influenza sulle fonti di costruzione della competenza, e quindi nella strutturazione delle convinzioni sul tema dei vaccini: diminuisce il ruolo rivestito dai mezzi di comunicazione “standard” (giornali, TV, siti internet), mentre accresce l'importanza attribuita alle riviste scientifiche, così come si incrementano le occasioni di dibattito pubblico (in modo peculiare presso l'Ateneo pisano, mentre il campione ferrarese continua a prediligere la comunicazione *mainstream*). Si comprende pertanto come, in maniera trasversale per gli studenti coinvolti nello studio, la diffidenza dei cittadini verso l'obbligo vaccinale (rif. Legge n. 119/2017) dipenda prevalentemente da una scarsa cultura scientifica, da un'eccessiva circolazione di *fake news*, e, nonostante venga segnalato in misura minore, da una scarsa fiducia verso la figura del medico e il sistema sanitario (qui rappresentato dalle case farmaceutiche).

Discutendo quindi dell'introduzione dell'obbligo vaccinale, si rileva una posizione unanime di condivisione, con una sfumatura più lieve presso Ferrara e soprattutto Infermieristica: in tal caso si sottolinea la possibilità di limitare l'imposizione a quelli considerati indispensabili. Tuttavia, la pandemia e il differente indirizzo nel corso di studio incidono nel modo in cui viene inteso il disaccordo nella comunità scientifica rispetto all'introduzione della normativa. Si può osservare come, in un momento successivo alla prima ondata epidemica e con particolare riferimento al

campione pisano, aumenti la considerazione negativa – diminuendone, quindi, la legittimazione – verso coloro che, pur muovendosi nel quadro dei saperi esperti, si mostrano in disaccordo con l'imposizione dei vaccini, poiché considerati inattendibili. Viceversa, gli studenti delle discipline sanitarie manifestano un grado maggiore di apertura alla diversità di opinione presente nella comunità scientifica, ritenendo opportuno valutare anche la posizione di chi, nel dibattito pubblico, esprime un dissenso. La rappresentazione dei c.d. “no-vax” disegna differenti possibilità di interpretazione. L'atteggiamento più diffuso attribuisce il motivo della contrarietà alla convinzione della potenziale dannosità e dell'inefficacia dei vaccini (Pisa pre-Covid, *case-study* di Ferrara, e con percentuali più elevate Infermieristica), a cui si somma l'esistenza di forti interessi in grado di “dominare” il settore e le relative scelte (Pisa post-Covid).

L'ingerenza, anche solo verbale, della politica nelle questioni scientifiche delinea una maggiore polarizzazione tra l'area medica e l'area professionalizzante, chiamando in causa il ruolo delle competenze. Per gli studenti di Medicina dell'Ateneo pisano le valutazioni degli esponenti politici sono giudicate fuori luogo e fuorvianti, in quanto l'ambito di discussione “tecnica” non è di loro pertinenza; al contrario, per il campione di Infermieristica tali interventi, pur esulando dal possesso o meno di un *expertise*, sono ritenuti legittimi poiché atti a tutelare l'interesse della collettività. Oltre alla componente politica, la rilevazione ha poi preso in considerazione quanto l'eventuale influenza di fattori economici negli studi e nel perseguimento dei progressi scientifici incida sulle priorità stesse della ricerca. Anche in questi termini (il requisito di pura scientificità e la dichiarazione della presenza di conflitti di interesse) viene letta l'opportunità di utilizzo delle c.d. medicine alternative o complementari: dall'efficacia non validata per gli studenti di Medicina, ma ciononostante utili in determinate circostanze per i campioni di Infermieristica e di Ferrara.

La prima fase di rilevazione restituisce l'immagine di una riflessione particolarmente articolata e complessa pure nel quadro di una situazione formativa caratterizzata di per sé da una attenzione all'aspetto scientifico, ma che pone in evidenza una serie di nodi critici da esplorare in profondità in un contesto successivo alla pandemia, come delineato nella seconda fase di ricerca. L'emergenza socio-sanitaria dovuta alla diffusione del Coronavirus ha incrementato positivamente la percezione del ruolo della scienza riguardo ai processi di salute, enfatizzando il riconoscimento dell'importanza dei vaccini ma non in maniera così efficace da arginare le idee contrarie e tutti i fattori che alimentano la sfera oppositiva, tra cui la propagazione di notizie errate o pseudoscientifiche, che viceversa sono state ampiamente veicolate durante il primo anno di pandemia. La gestione della situazione, in sé drammatica e imponderabile, è stata giudicata complessivamente efficace, al pari della comunicazione istituzionale i cui limiti e problematicità

sono da ascrivere a molteplici fattori: a una sovrabbondanza di informazioni di frequente contrastanti, a un sovrapporsi di opinioni non esclusivamente “esperte” causata dall’assenza di una separazione tra diversi tipi di sapere, a una difficoltà di coordinamento tra diversi livelli di *governance*. Pur comprendendo le difficoltà dovute all’eccezionalità del *setting*, le argomentazioni più “critiche” si concentrano con più enfasi sull’opportunità di circoscrivere il dibattito nella cornice della conoscenza scientifica, per evitare la confusione generata dalla difformità di considerazioni e comportamenti che hanno caratterizzato i primi mesi del 2020, e sulla possibilità di mantenere la discussione scevra da influenze politiche, economiche o di altra natura, o da dinamiche di potere e interessi latenti. In questo *framework* emerge con decisione la consapevolezza che la scienza non è verità oggettiva, e come tale debba essere comunicata: la vivacità intrinseca al dibattito scientifico testimonia l’ambivalenza nel ritenere (o meno) che esista un’unica posizione attendibile.

La ricerca che abbiamo presentato in queste pagine si apre dunque agli scenari futuri, su cui improntare le priorità per la ripartenza. Possiamo delineare alcune dimensioni: il livello *meso* della collettività nel perseguimento di soluzioni che tutelino la salute pubblica, e l’esigenza di una progettazione mirata e consapevole che contempra i nuovi *social claims*. Per il piano *macro* sono importanti la destinazione di congrue risorse nella ricerca pubblica, l’elaborazione di adeguate strategie di intervento per la ripresa economica e, non da ultimo, l’attenzione all’ambiente. In ambito *micro* la questione relazionale, intesa come recupero dei legami tra individui, è considerata meno urgente: è questo il dato che intendiamo valorizzare – seppure in negativo – e su cui intendiamo porre l’accento anche in chiave di esigenza formativa oltre che di contenimento della medicina difensiva. Nella consapevolezza della natura esplorativa del progetto, i cui esiti ricordiamo non hanno la pretesa di un requisito di esaustività, intendiamo tuttavia sottolineare l’esigenza di contemplare un investimento in questa direzione, soprattutto nei curricula di Medicina. Soltanto affiancando il progresso scientifico a una valorizzazione della dimensione relazionale nei processi di cura e di prevenzione della salute, che connetta il sistema sanitario ai cittadini mettendo al centro la persona (nella sua unicità, anche di esigenze e bisogni), sarà possibile ricostruire quel vincolo fiduciario e di soddisfazione su cui da un lato basare ogni piano di intervento di salute pubblica, e dall’altro improntare una strategia comunicativa che “restituisca” alla scienza un livello elevato di legittimità, per l’importante posto che occupa nel mondo contemporaneo, in grado così di contrastare quei fenomeni dovuti all’affermazione del paradigma individualista che influenzano gli attuali processi di organizzazione sanitaria.

Riferimenti bibliografici

- Barra L. (2021), *L'informazione come sistema. Tra contraddizioni da risolvere e bisogni condivisi*, «Il Mulino. Rivista trimestrale di cultura e di politica», 1: 97-106.
- Christakis N.A., Fowler J.H. (2009), *Connected: The Surprising Power of our Social Networks and How They Shape our Lives*, Little Brown & Co., New York, NY.
- Eurobarometro (2020), *Public Opinion in the EU in Times of Covid-19*, disponibile al sito <https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/it/be-heard/eurobarometer/public-opinion-in-the-eu-in-time-of-coronavirus-crisis-3>.
- Haug M. (1972), *Deprofessionalization: An Alternative Hypothesis for the Future*, «Sociological Review Monographs», 20: 195-211.
- Kata A. (2012), *Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm. An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement*, «Vaccine», 30, 25: 3778-3789.
- Mirowsky J., Ross C.E. (eds.) (2003), *Education, Social Status, and Health*, Aldine de Gruyter, New York.
- Pérez M.A., Luquis R.R. (2008) (eds.), *Cultural competence in health education and health promotion*, Jossey Bass, San Francisco.
- Silverman D. (ed.) (2016) *Qualitative research (4th ed.)*, Sage, Los Angeles, CA.
- World Health Organization (2001), *Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: A worldwide review*, disponibile al sito <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42452>.

Notizie sugli autori

Rita Biancheri è docente di Sociologia dei processi culturali e comunicativi all'Università di Pisa, da anni si occupa di approccio multidisciplinare ai temi della salute e di medicina narrativa. È autrice di numerose pubblicazioni e articoli nazionali e internazionali.

Enrico Campo è assegnista di ricerca in sociologia presso il Dipartimento di Filosofia dell'Università di Milano. I suoi interessi di ricerca prevalenti riguardano il rapporto tra cultura e cognizione. È autore di diverse pubblicazioni sul tema, fra cui il libro *La testa altrove. L'attenzione e la sua crisi nella società digitale* (Donzelli, Roma 2020).

Silvia Cervia, PhD, è ricercatrice senior in Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Pisa. Si occupa di pianificazione sociale nella modernità avanzata, con particolare riferimento alla definizione delle politiche pubbliche e alle implicazioni in termini di equità sociale e di genere. Tra le pubblicazioni recenti: “Sul processo di definizione di Genere e Scienza come «problema sociale»: tra CSP, contestualismo e cultural studies”, in B. Casalini, P. Tomio (a cura di), *Diversamente Scienza* (University Press, Firenze 2020); con G. Giarelli G., L. Lombi, “Associazionismo di cittadinanza e coproduzione della cura”, in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina* (il Mulino, Bologna 2020).

Matteo De Toffoli è dottorando in Scienze Politiche presso l'Università di Pisa. La sua ricerca verte sulle conseguenze politiche dell'impiego delle categorie di verità, falsità, post-verità e fake news all'interno del dibattito pubblico contemporaneo, alla luce della teoria del discorso di Ernesto Laclau e Chantal Mouffe.

Chiara Magneschi, PhD in Giustizia costituzionale e diritti fondamentali presso l'Università di Pisa, è avvocato e docente a contratto di Teorie giuridiche e politiche e diritti umani presso il Corso in Scienze per la Pace: cooperazione internazionale e trasformazione dei conflitti. Tra le pubblicazioni recenti: *Il lavoro femminile ai tempi del Covid-19: un'analisi a partire dall'etica della cura*, «Sociologia del

diritto», n. 3, 2020; *Il diritto al viaggio tra terra e mare*, «Democrazia e diritto», n. 2, 2020.

Vincenzo Mele, PhD, è professore associato in sociologia generale presso l'Università di Pisa, Dipartimento di Scienze Politiche. Si occupa di storia e teoria sociologica della modernità, sociologia dell'immaginario, etnografia e teoria dei media. È direttore della rivista "Simmel Studies". Tra le pubblicazioni più recenti la cura del numero speciale della rivista «Im@go: A Journal of the Social Imaginary» (Vol. 16, 2020), dedicato al tema *Imaginaries of Contemporary Capitalism*".

Sonia Paone è professore associato in Sociologia dell'Ambiente e del Territorio presso l'Università di Pisa. Si occupa di marginalità urbana in prospettiva comparata, dell'impatto delle migrazioni sullo spazio urbano, di sicurezza urbana e dei rapporti fra carcere e città. Dirige la collana di studi urbani e sociali *Eliopoli*.

Luigi Pellizzoni insegna Sociologia dell'ambiente e del territorio all'Università di Pisa. Si occupa di questioni ecologiche, impatto dell'avanzamento tecnologico e trasformazioni della governance. Tra le pubblicazioni recenti: *Ontological Politics in a Disposable World: The New Mastery of Nature* (Routledge, Londra 2016).

Irene Psaroudakis, PhD in Storia e Sociologia della Modernità, svolge attività didattica e di ricerca presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Pisa, e presso altri enti pubblici e privati. I suoi interessi sono rivolti principalmente alla prospettiva teorica e metodologica dell'Interazionismo Simbolico e all'analisi dei dati, con particolare attenzione ai metodi qualitativi e alla Grounded Theory, all'applicazione della Social Network Analysis, e ai mixed-methods. Si dedica inoltre allo studio teorico ed empirico del Terzo settore.

Luca Serafini, dottore di ricerca in Filosofia, è giornalista (caporedattore di TPI) e docente di Sociologia della comunicazione presso l'Università LUMSA di Roma. È autore di monografie e di saggi pubblicati su riviste italiane e internazionali.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835130215

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835130215

La questione dei vaccini chiama in causa la relazione tra salute pubblica e autonomia individuale e tra evidenze scientifiche e loro traduzione in dispositivi e applicazioni sociali.

Riemerso di recente in Italia con l'estensione dei vaccini obbligatori, il tema dell'«esitazione vaccinale» è stato ulteriormente alimentato dalla pandemia Covid-19, con le incertezze a livello di expertise e decisione politica – il cui rapporto mai come in questo frangente è apparso problematico – sulla somministrazione di vaccini sperimentati in tempi record. La rinuncia, in Italia come altrove, a imporla all'intera popolazione, così come l'avvertita necessità e la ritrosia a farlo per il personale sanitario, indicano che il problema è tutt'altro che semplice e marginale, investendo il rapporto tra stato, scienza e opinione pubblica e le modalità stesse di produzione della conoscenza scientifica. La semplificazione mediatica, in termini di pro e anti-vax, o addirittura di pro e anti-scienza, non ne aiuta la comprensione.

Guardando alla questione da diversi punti di vista – dalla governance della salute alla «post-verità», dalle professioni sanitarie alle rappresentazioni individuali e mediatiche dell'esitazione vaccinale – il volume fornisce strumenti per fare luce sulle radici teoriche e motivazionali delle varie posizioni, ritenendo insufficienti le campagne educative o le strategie di persuasione basate sull'assunto del «deficit di comprensione», cui fa da contraltare lo spostamento del confronto scientifico sul piano mediatico. Ne derivano deleterie enfattizzazioni e strumentalizzazioni.

Vi è la necessità di un modo diverso di affrontare il tema dei vaccini, non solo in termini di informazione e comunicazione ma di crescita culturale, credibilità delle istituzioni e relazione fiduciaria tra medici e pazienti. Il volume intende contribuire all'ampliamento della prospettiva su un problema complesso, destinato ad assumere rilevanza crescente.

Luigi Pellizzoni insegna Sociologia dell'ambiente e del territorio all'Università di Pisa. Si occupa di questioni ecologiche, impatto dell'avanzamento techno-scientifico e trasformazioni della governance. Tra le pubblicazioni recenti: *Ontological Politics in a Disposable World: The New Mastery of Nature* (Routledge, 2016).

Rita Biancheri è docente di Sociologia dei processi culturali e comunicativi all'Università di Pisa, da anni si occupa di approccio multidisciplinare ai temi della salute e di medicina narrativa. È autrice di numerose pubblicazioni e articoli nazionali e inter-nazionali e fa parte degli esperti dell'edizione 2021 del *Manuel de Médecine, santé et sciences humaines* (Les Belles Lettres).



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze